

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ANALYSE D'UN CHANGEMENT VISANT L'OPTIMISATION DES SERVICES
DE SANTÉ : TENSIONS PARADOXALES ET STRATÉGIES DE RÉPONSE

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN SCIENCES DE LA GESTION

PAR

NESRINE SEDOUD

SEPTEMBRE 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.07-2011). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

De prime abord, je tiens à exprimer toute ma gratitude à mon directeur de mémoire Frédéric Gilbert. Sa rigueur intellectuelle, ses conseils avisés et le temps qu'il m'a consacré m'ont permis de grandir à travers ce processus fastidieux qu'est la rédaction d'un mémoire. Ta présence et ton écoute m'ont aidée à traverser ce long parcours semé d'incertitudes.

Je tiens à remercier tous les professeurs du Département d'organisation et ressources humaines de l'École des sciences de la gestion de l'UQAM qui ont contribué à mon développement académique. Je remercie particulièrement Julie Cloutier et Valérie Michaud pour leur soutien dans la réalisation de ce projet d'envergure.

Je tiens également à remercier l'établissement participant de m'avoir permis de réaliser cette étude.

Je tiens aussi à remercier l'amour de ma vie, Nicolas Zorn, qui a su me soutenir et accepter les sacrifices que je nous ai parfois imposés, dans notre vie à tous les deux. Je t'aime!

Je tiens à remercier mes parents et mon frère qui, comme à leur habitude, ont su trouver les bons mots pour me reconforter et m'appuyer dans mes choix de vie. Je vous aime!

Un grand merci à ma belle-famille et à mes amis d'ici et d'ailleurs pour leur soutien et leur présence : Louise, Katia, Karima, Sonia, Sara, Xavier, Geneviève, Élane, Arielle, Vivi, Sonia, ainsi que bien d'autres. Merci d'être dans ma vie!

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE	4
CHAPITRE II	
REVUE DE LITTÉRATURE	12
2.1 Théories sur le changement organisationnel	12
2.1.1 Nature du changement	14
2.1.3 Processus de changement	16
2.2 Le changement organisationnel dans le milieu de la santé	19
2.2.1 Nature des changements dans le milieu de la santé	20
2.2.2 Contexte de changement dans le milieu de la santé	24
2.2.3 Processus de changement dans le milieu de la santé	26
2.3 Perspective des paradoxes en gestion	28

2.3.1 Concepts de paradoxe et de tensions paradoxales	29
2.3.2 Stratégies de réponse aux tensions paradoxales	32
2.3.3 La perspective des paradoxes comme un cadre d'analyse	33
CHAPITRE III	
CADRE CONCEPTUEL	36
3.1 Nature du changement.....	36
3.2 Contexte du changement	36
3.3 Processus du changement.....	37
CHAPITRE IV	
CADRE MÉTHODOLOGIQUE	39
4.1 Devis : étude de cas.....	39
4.1.2 Choix du cas à l'étude.....	40
4.2.2 Présentation du cas à l'étude	41
4.2 Sources de données	41
4.2.1 Entrevues semi-dirigées.....	41
4.2.2 Analyse documentaire.....	46
4.3 Analyse des données	46
4.4 Conformité éthique de la recherche	51
4.5 Rigueur scientifique de la recherche	52

4.5.1 Crédibilité (validité interne)	53
4.5.2 Transférabilité (validité externe)	54
4.5.3 Fiabilité	55
4.5.4 Confirmabilité	55
CHAPITRE V	
PRÉSENTATION ET ANALYSE DU CAS À L'ÉTUDE	56
5.1 Phase d'émergence et de planification du projet (automne 2011-printemps 2012)	63
5.1.1 Émergence du projet.....	63
5.1.2 Formulation du projet et planification de sa mise en œuvre	66
5.1.3 Présentation du projet aux équipes cliniques et non cliniques.....	69
5.2 Phase de mise en œuvre du projet (printemps 2012-automne 2013)	71
5.2.1 Implantation de la nouvelle structure d'équipe au secteur des approvisionnements.....	71
5.2.2 Nouvelle approche de communication de la direction avec le secteur des approvisionnements.....	77
5.2.3 Changement dans l'allocation des matières inventoriées et dans la distribution des commandes.....	78
5.3 Phase d'évaluation et d'ajustement du projet (automne 2013-hiver 2014).....	82

5.3.1 Bilan du projet après sept mois d'implantation	82
5.3.2 Mise en place des ajustements souhaités suite au bilan réalisé	85
CHAPITRE VI	
DISCUSSION DES RÉSULTATS	93
6.1 Faits saillants de l'analyse.....	94
6.1.1 Évolution des tensions pendant l'implantation du changement	95
6.1.2 Écart de perception des stratégies de réponse	97
6.1.3 Rôle des ressources dans la gestion des tensions	99
CHAPITRE VII	
CONCLUSION.....	102
ANNEXE A	
GRILLE D'ENTREVUE	105
ANNEXE B	
STRUCTURE DE CODE POUR L'ANALYSE DES DONNÉES	108
ANNEXE C	
PRÉSENTATION DU CAS À L'ÉTUDE.....	111
ANNEXE D	
TABLEAU-SYNTÈSE DES TENSIONS PARADOXALES ET STRATÉGIES DE RÉPONSE DES ACTEURS PAR PHASE DU PROJET	144
APPENDICE A	
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE	158
APPENDICE B	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE.	160
APPENDICE C	
COURRIEL ENVOYÉ AUX PARTICIPANTS : ENTREVUE SEMI- DIRIGÉE	166
BIBLIOGRAPHIE	168

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1	Typologie des théories explicatives des processus de changement	18
Figure 2.2	Lien entre l'étude du changement et les tensions paradoxales	36
Figure 3.1	Cadre conceptuel pour l'étude d'un changement visant l'optimisation dans un établissement de santé	38
Figure 5.1	Cartographie visuelle	58
Figure 5.2	Organigramme du service des aides techniques (SAT) et représentation de la structure hiérarchique et fonctionnelle du secteur des approvisionnements	60
Figure 5.3	Illustration des changements planifiés dans le projet de changement au secteur des approvisionnements	66
Figure 5.4	Évolution de l'équipe du secteur des approvisionnements dédiée au SAT	83
Figure 5.5	Illustration de l'ajustement réalisé dans la structure d'équipe dans le secteur des approvisionnements	86
Figure 5.6	Enchaînement des tensions perçues et stratégies déployées du projet	90

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1	Principes de la nouvelle gestion publique (Hood, 1991, p. 91 : traduction libre)	21
Tableau 2.2	Logiques institutionnelles dans le secteur de la santé Inspiré de (Contandriopoulos, 2002)	26
Tableau 2.3	Concept de paradoxe et concepts s'en rapprochant (Smith et Lewis, 2011, p. 386-387)	30
Tableau 4.1	Groupe d'emploi des participants à l'entrevue semi-dirigée	44

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AA	agent administratif, agente administrative
CvPAC	Communauté virtuelle de pratique en amélioration continue
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NPM	New Public Management
SAT	Service des aides techniques

RÉSUMÉ

Depuis plus de deux décennies, une pression constante est exercée sur le réseau de la santé, pour améliorer sa performance. Ce contexte a favorisé l'introduction de multiples changements organisationnels visant l'optimisation des services dans les établissements de santé.

Bien que les dirigeants souhaitent implanter et pérenniser ces changements, leur mise en œuvre est souvent problématique, notamment à cause de la rencontre des intérêts des gestionnaires et des professionnels qui crée de multiples tensions dans les organisations. La capacité des gestionnaires à gérer ces tensions serait donc un des enjeux majeurs, pour parvenir à mettre en œuvre ces changements, considérés essentiels, pour un meilleur fonctionnement des services de santé.

Par l'examen du processus d'implantation d'un changement organisationnel visant l'optimisation des services de santé, cette recherche vise à mieux comprendre les défis de mise en œuvre de ce changement, en identifiant les différentes tensions paradoxales et les stratégies de réponse des acteurs impliqués pour y répondre.

L'étude adopte une démarche qualitative pour procéder à l'étude approfondie d'un cas empirique. L'étude de cas a été informée d'une part, par des entrevues semi-dirigées auprès de gestionnaires, de cliniciens et de non-cliniciens impliqués dans le projet de changement. D'autre part, des documents pertinents liés au projet ont été analysés, en vue d'obtenir des données factuelles sur le cas en à l'étude.

Nos résultats démontrent trois contributions précisant le cadre d'étude des tensions paradoxales et des stratégies de réponse à celles-ci.

La première a trait à la nature évolutive des tensions paradoxales pendant l'implantation du changement. Nous avons tout d'abord démontré que les types de tensions paradoxales peuvent être perçus par des acteurs à différents niveaux dans l'organisation. Nous avons également démontré comment les tensions paradoxales émergent tant d'expériences anticipées que vécues.

La deuxième contribution de cette étude met en lumière un écart de perception entre différents acteurs. En effet, des stratégies de réponse mises de l'avant par un groupe d'acteurs ont été perçues différemment par un autre.

Finalement, nos résultats ont révélé le rôle crucial des ressources, tant comme facteur exacerbant les tensions paradoxales, que comme moyen parfois incontournable de gérer ces tensions.

Ensemble, ces résultats permettent de mieux comprendre la complexité des processus de changement visant l'optimisation des services de santé.

Mots clés : changement organisationnel; tensions paradoxales; contexte de santé; optimisation

INTRODUCTION

Le réseau québécois de la santé fait face depuis plusieurs années à de nombreux défis pour assurer sa mission de maintien et d'amélioration de la santé et du bien-être à la population (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). L'un des principaux défis est d'augmenter sa performance pour mieux répondre aux pressions externes concernant le contrôle des coûts, tout en améliorant la qualité et l'accessibilité des services. Malgré de nombreuses initiatives introduites pour améliorer les services (groupes de médecins de famille, réseaux locaux de services, réorganisation du travail dans les établissements, intégration des services cliniques, etc.), le réseau public de santé peine toujours à répondre adéquatement à sa mission (Castonguay, 2012).

La conjoncture économique et l'augmentation des dépenses publiques en santé amplifient cet enjeu de performance (Clavet, Duclos, Fortin, Marchand et Michaud, 2013, p. 2). Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après MSSS) exerce une grande pression sur les établissements pour qu'ils mettent sur pied des changements organisationnels ayant pour objectif d'augmenter la productivité par l'optimisation des processus internes (Grout et Toussaint, 2010; Kim, Spahlinger, Kin et Billi, 2006; Spear, 2005).

Le déploiement de plusieurs projets d'optimisation dans le réseau de la santé s'avère toutefois complexe pour les gestionnaires et engendrent des effets mitigés sur le terrain. À titre d'exemple, l'approche *Lean* qui est déployée dans de nombreux établissements de santé, connaît un constat mitigé quant à ses effets réels sur l'amélioration de la performance et sur les conditions de travail des professionnels de la santé (Parker, 2003; Valeyre, 2006; Dagenais, 2012).

Dans ce contexte, une meilleure compréhension de la dynamique organisationnelle lors de l'implantation de ces démarches d'optimisation est fondamentale pour mieux faire face aux défis que posent ces changements (Desmarais, 2011). La présente recherche répond directement à ce besoin.

Pour présenter cette recherche, nous débuterons avec le premier chapitre consacré à la problématique de recherche. Après une mise en contexte des principaux défis liés à la performance du réseau de la santé, nous exposerons un bref aperçu de l'orientation politique prise pour y remédier : l'implantation de l'approche *Lean* dans le réseau de la santé. Nous aborderons ensuite les défis d'implantation qu'engendre ce type de changement, pour nous attarder sur un des défis à surmonter par les gestionnaires, celui de la reconnaissance et de la gestion de tensions liées à l'implantation de ces changements. Plus précisément, cette étude vise à explorer le processus d'implantation d'un changement visant l'optimisation qui se déploie dans le contexte d'un établissement public de santé.

Au deuxième chapitre, nous aborderons la littérature pertinente à la poursuite de cet objectif. Nous présenterons tout d'abord les différentes théories traitant du changement organisationnel. Ensuite, nous nous intéresserons aux spécificités du changement organisationnel dans le milieu de la santé. Finalement, nous aborderons les principaux aspects théoriques traitant des tensions paradoxales et des stratégies de réponse à ces tensions.

Le troisième chapitre décrira les différents concepts théoriques du cadre conceptuel établi pour réaliser cette étude.

Le quatrième chapitre portera sur le cadre méthodologique de l'étude. D'abord, nous aborderons la question du devis de recherche. Nous traiterons ensuite de la sélection du cas à l'étude, qui consiste en un projet de changement visant l'optimisation dans un établissement de santé de la région de Montréal. Par la suite, nous aborderons les

sources de données et les différentes techniques d'analyse utilisées. Finalement, nous discuterons de la conformité éthique de l'étude, ainsi que de sa rigueur scientifique.

Le cinquième chapitre de cette étude sera consacré à la présentation et à l'analyse des résultats. Nous présenterons plus précisément les principaux événements qui se sont déroulés pendant l'implantation du projet à l'étude. Nous procéderons également à leur analyse, suivant notre cadre théorique. De ces analyses, nous ferons ressortir les éléments de discussion qui seront abordés au dernier chapitre de cette recherche. En effet, pour répondre à notre objectif de recherche, nous verrons comment un changement visant l'optimisation s'est inséré dans le contexte d'un établissement de santé. Plus précisément, nous mettrons en lumière trois contributions spécifiques concernant : 1) l'évolution des tensions paradoxales, 2) leurs perceptions par les acteurs et 3) le rôle déterminant des ressources dans leur gestion.

Nous conclurons enfin en mettant en évidence les principaux résultats de cette recherche et en abordant ses limites, ainsi que des pistes de recherches futures.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Dans cette section, nous exposons la problématique de la recherche. Après une mise en contexte des principaux défis liés à la performance du réseau de la santé, nous présenterons un bref aperçu de l'orientation politique prise pour y remédier, ainsi que les défis d'implantation qu'engendre ce type changement. Nous nous attarderons ensuite sur un des défis à surmonter par les gestionnaires, soit celui de la reconnaissance et de la gestion des tensions liées à l'implantation de ces changements.

Comme mentionné en introduction, le réseau public de la santé fait face depuis plusieurs années à de nombreux défis qui entravent la réalisation de sa mission, pour répondre adéquatement aux besoins de la population. Plusieurs rapports sont critiques du réseau de la santé (*Rapport Francoeur* en 2001; *Rapport Ménard* en 2005; *Rapport Castonguay*, 2008). On y indique notamment une baisse de la qualité des soins, une dégradation de la sécurité des patients et une régression dans l'accessibilité aux soins.

La gestion des ressources humaines dans le secteur public de la santé est également critiquée. La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (ci-après FIQ) dénonce notamment les exigences de travail démesurées et la surcharge des professionnels de la santé (Gamelin, 2014). Un enjeu de taille qui mène la fédération à brandir un slogan en ce sens, sur la page d'accueil de son site Web :

[...] la surcharge de travail et les ratios soignants/patients insensés minent notre profession et votre santé. Pouvoir prodiguer des soins sécuritaires et de qualité, c'est notre lutte et votre droit (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2014).

L'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier a révélé des statistiques appuyant les constats de la FIQ. En effet, selon cette étude, 60 % du personnel infirmier canadien et 75 % des infirmières auxiliaires jugeaient que le travail était exigeant physiquement (Shields et Wilkins, 2005). Les quotas de soins imposés (*c.-à-d.* ratio patient/infirmier) et le temps supplémentaire obligatoire sont parmi les indicateurs d'une sollicitation importante du personnel clinique (Dagenais, 2012). À titre d'exemple, 3 841 058 \$ ont été versés aux infirmières en temps supplémentaire en 2013-2014, soit 6 % de la masse salariale pour la même année (Limoges, 2014):

Selon la présidente de la FIQ¹, les conséquences de ces conditions de travail sont lourdes, tant sur la santé et la sécurité des employés que sur celle des patients : épuisement professionnel, stress, erreurs médicales, détérioration de la qualité de service, etc. Castonguay (2012, p. 28) va dans le même sens en soulignant que le climat de travail dans le réseau de la santé pourrait être en cause dans la détérioration de la qualité des services observée depuis quelques années : « *...Il est même loisible de penser que les pressions exercées par la charge de travail sur de nombreux intervenants ont pu avoir des effets négatifs sur la sécurité des patients* ».

Le réseau public de la santé fait aussi face à un autre enjeu, celui de son financement. Les dépenses en santé et en services sociaux ont connu la plus forte augmentation des dépenses gouvernementales depuis plusieurs années. On l'évalue en fait à 5,6 % en moyenne annuelle entre les années 2003-2004 et 2013-2014 (ministère des Finances, 2014). Et selon des rapports gouvernementaux, cette tendance risque de se maintenir

¹<http://www.lapresse.ca/le-nouvelliste/actualites/sante/201407/04/01-4781000-surcharge-de-travail-dans-le-milieu-de-la-sante-les-soins-ne-sont-pas-toujours-securitaires.php>

à cause du vieillissement démographique, de l'évolution démographique et des coûts croissants des services publics (ministère des Finances, 2014).

Différentes études et rapports gouvernementaux évoquent l'inadaptation des modes de fonctionnement des établissements de santé pour faire face aux enjeux nommés d'accessibilité des soins, de gestion des ressources humaines et de financement dans les services de santé. (Castonguay, Marcotte et Venne, 2008; Fortin, Gagné, Godbout *et al.*, 2009; Clavet, Duclot, Fortin *et al.*, 2013). Autrement dit, l'amélioration de la productivité et de l'efficacité des services de santé est considérée essentielle pour mieux répondre aux besoins actuels et futurs de la population.

Dans ce contexte, le MSSS incite les établissements de santé à introduire des changements organisationnels ayant pour objectif d'augmenter la productivité par l'optimisation des processus internes (ministère des Finances, 2010; Castonguay, 2012).

La mise en place de ces initiatives constitue toutefois un enjeu de taille pour les établissements de santé. Implanter des changements organisationnels est souvent synonyme de complexité pour les gestionnaires contraints de prendre en compte un ensemble de facteurs lors de la planification et de l'implantation de ces changements (Martins, 2011). Les gestionnaires se voient notamment dans l'obligation de concilier les intérêts et les visions, souvent divergents, des différentes parties prenantes qui constituent l'environnement politique, professionnel et administratif des organisations (Contandriopoulos, 2002). Dans le contexte des établissements de santé, on reconnaît en plus une divergence marquée entre les préoccupations des professionnels de la santé, axées sur la qualité clinique des services, et celles des gestionnaires, davantage axées sur l'efficacité (Contandriopoulos, 2002; Hinings, Brown et Greenwood, 1991).

Le défi de concilier l'efficience et la qualité n'est pas propre au réseau de la santé. Dans différents secteurs, on tente de mettre en place des modes de fonctionnement pour soutenir la poursuite de ce double objectif. Valeyre (2006) discute notamment de changements visant à modifier l'organisation du travail dans les organisations. Il distingue deux modèles : les formes d'organisations apprenantes² telles les équipes autonomes, et les formes hiérarchiques³ telles que *Qualité Totale*, *Six Sigma* et l'approche *Lean management*. Ces dernières ont inspiré plusieurs changements dans le secteur public en général et dans le secteur de la santé, en particulier.

Au Québec, et pour répondre aux pressions qui s'exercent sur le réseau de la santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé dans son rapport financier 2010-2011⁴ que tous les établissements de santé du Québec amorcent une « *démarche globale d'optimisation des processus de travail* ». Celle-ci se traduirait par l'introduction de changements organisationnels s'inspirant de l'approche *Lean*. Cette approche préconise des changements relatifs aux processus de travail et aux modes d'évaluation et de contrôle dans la gestion des établissements (Finance-Québec, 2010). Issue du secteur manufacturier, l'approche *Lean* vise à augmenter la valeur au client, en mettant l'accent sur l'élimination de toute étape sans valeur ajoutée, dans les processus organisationnels (Fillingham, 2007; Grout et Toussaint, 2010).

Jusqu'à présent, l'approche *Lean* continue d'être déployée dans différents établissements de santé de la province. Le gouvernement a même réitéré son appui à

² « ...où les salariés disposent d'une large autonomie procédurale et ne subissent que de faibles contraintes temporelles dans leur travail, auquel se rattache le modèle sociotechnique scandinave. » (Valeyre, 2006, p. 7).

³ « ... où les salariés sont confrontés à des situations d'autonomie restreinte et contrôlée. » (Valeyre, 2006, p. 7).

⁴ Nommé « Vers un système de santé plus performant et mieux financé »

la réalisation de projets dits « *Lean* » en bonifiant son soutien à de telles initiatives, qui est passé de 2 à 5 millions entre 2010 et 2011 (ministère des Finances, 2011).

Deux constats sont à souligner quant au déploiement de cette approche dans les établissements de santé. Premièrement, les changements inspirés de l'approche *Lean* implantés prennent souvent la forme de micro-changements dans des unités bien précises, alors que l'approche *Lean* préconise un changement organisationnel davantage systémique (Dagenais, 2012; Desmarais, 2011). Dagenais (2012) associe cette surutilisation du terme *Lean* dans le réseau de la santé au Québec, à l'engouement du gouvernement pour cette approche. Deuxièmement, l'application de cette approche, issue du milieu manufacturier, au contexte de la santé a suscité beaucoup de questionnement, tant sur le plan des effets que des processus pouvant les expliquer. Par exemple, le déploiement de l'approche *Lean* dans des organisations de santé de pays comme les États-Unis, l'Angleterre et l'Australie a connu un constat mitigé et a révélé de nombreux défis que pose sa mise en œuvre (Dagenais, 2012; Parker, 2003). D'une part, certaines études relatent des bénéfices organisationnels de cette approche : élimination du gaspillage, satisfaction des usagers, amélioration de procédés de travail, etc. (Kim *et al.*, 2006; Spear, 2005). D'autre part, d'autres études questionnent les apports durables de l'approche *Lean* et relatent ses effets négatifs sur les employés (Joosten, Bongers et Janssen, 2009; Parker, 2003; Valeyre, 2006; Westgaard et Winkel, 2011). À titre d'exemple, Valeyre (2006) a mené une enquête sur l'impact des nouvelles formes d'organisation du travail sur les travailleurs et a démontré l'existence d'effets négatifs des formes d'organisation issues de l'approche *Lean* sur leur santé physique et mentale. Parker (2003) a lui aussi révélé des effets négatifs sur l'expérience au travail des employés touchés par ces changements : diminution de leur autonomie, surcharge de travail et réduction de l'utilisation des connaissances techniques des travailleurs.

Les défis d'implantation de ces changements qui visent l'optimisation a de ce fait intéressé plusieurs auteurs. Certains d'entre eux se sont attardés au processus de leur mise en œuvre en s'intéressant aux conditions favorisant leur implantation (Dagenais, 2012; Desmarais, 2011; Fillingham, 2007; Joosten *et al.*, 2009; Waring et Bishop, 2010). Par exemple, l'implication des parties prenantes au processus d'implantation, l'offre de formations adaptées, l'élaboration d'une communication continue ainsi qu'une gestion de changement soutenue, etc. (Dagenais, 2012; Desmarais, 2011; Fillingham, 2007; Joosten *et al.*, 2009).

Ces études centrées sur les conditions d'implantation fournissent des pistes pertinentes, mais offrent une explication limitée de ce qui se déroule pendant l'implantation de ces changements qui mènent aux effets mitigés cités précédemment. Une meilleure compréhension de la dynamique organisationnelle pendant l'implantation de ces changements dans les milieux de santé est de ce fait, nécessaire pour comprendre et mieux surmonter les défis d'implantation qu'ils engendrent (Desmarais, 2011).

Bien que peu nombreux, certains auteurs ont cherché à mieux comprendre ces dynamiques. Joosten *et al.* (2009), qui s'étaient intéressés à l'implantation d'un changement *Lean*, ont souligné que l'un des défis consiste à gérer l'aspect « *sociotechnique* » pendant l'implantation. En opposition à l'aspect opérationnel (*c.-à-d.* la mise en place d'un projet), l'aspect sociotechnique fait référence à l'interaction dynamique entre les groupes d'acteurs et les principes de l'approche *Lean* et entre les acteurs eux-mêmes tout au long de l'implantation (Joosten *et al.*, 2009). Plus précisément, ces auteurs expliquent certaines difficultés rencontrées par les différences de perception de la notion de valeur au cœur de l'approche *Lean*. En effet, l'approche *Lean* considère la valeur au client à un niveau organisationnel (la valeur-système). Or, sa conception dans le milieu de la santé peut être différente (Joosten *et al.*, 2009). Elle est davantage associée à un niveau individuel. À titre

d'exemple : augmenter la valeur accordée au client pourrait signifier pour les professionnels de la santé, une augmentation de la qualité des soins pour un patient. Pour les gestionnaires, elle pourrait se traduire par l'augmentation de l'accessibilité des soins à l'ensemble population.

Dans la même veine, Maalouf (2013) fait état de tensions susceptibles d'émerger avec l'application de l'approche *Lean* dans le milieu de la santé. En fait, selon l'auteur, les démarches d'optimisation telles que l'approche *Lean* tendent à poursuivre des objectifs qui sont par leur nature en tension. Par exemple, la productivité et l'amélioration continue des processus, ou l'exploration et l'exploitation (Maalouf, 2013).

La présence d'objectifs en tension est étudiée et conceptualisée sous le nom « de tensions paradoxales » (Lewis, 2000; Michaud, 2011). Dans cette perspective, la mise en œuvre d'un changement organisationnel visant l'optimisation, tel que l'implantation de l'approche *Lean* dans le milieu de santé, s'apparente également à un processus de gestion de tensions organisationnelles, comme l'avaient souligné Eisenhardt et Westcott, 1988 citées dans Maalouf (2013, p. 21) : l'approche « *Lean* pourrait être vue comme un processus continu de création et de résolution de tensions et de paradoxes »⁵.

En somme, un des enjeux d'implantation des démarches d'optimisation dans les organisations de santé telles que l'approche *Lean* réside dans la capacité des gestionnaires à reconnaître et à gérer les tensions qui surgissent pendant l'implantation de ces changements. Notons, par ailleurs, que les changements organisationnels constituent également un contexte favorable à l'exaspération de tensions (Smith et Lewis, 2011). La relation entre changement organisationnel et tensions paradoxales sera détaillée davantage au chapitre II.

⁵ “...lean and just-in-time can be seen as a continuous process of creation and resolution of tensions and paradoxes” (Eisenhardt et Westcott, 1988 citées dans Maalouf, 2013, p. 21: traduction libre)

Cet enjeu est particulièrement pertinent à traiter puisque des projets d'optimisation, inspirés de l'approche *Lean* continuent d'être implantés au Québec, bien que les connaissances disponibles pour soutenir leur implantation et analyser les impacts soient limitées. À cet effet, la communauté virtuelle de pratique en amélioration continue (CvPAC) du réseau de la santé au Québec affirme que : « ... *les méthodologies de réalisation et les stratégies de déploiement sont majoritairement construites dans la pratique* » (CvPAC, 2014). Selon ce groupe, un des principaux défis est de conceptualiser et de diffuser les expériences des établissements qui pourraient servir à éclairer la mise en œuvre de projets futurs. La présente étude répond à ce défi.

L'objectif général de cette étude est donc de mieux comprendre la mise en œuvre d'un changement visant l'optimisation, dans le contexte d'un établissement public de santé. Plus précisément, cette étude a pour objectif spécifique d'examiner le processus d'implantation d'un projet de changement visant l'optimisation en identifiant l'évolution des tensions paradoxales et des stratégies de réponse déployées par les acteurs pour y répondre.

CHAPITRE II

REVUE DE LITTÉRATURE

Dans cette section, nous présentons les principales notions utiles à l'étude de l'implantation d'un changement visant l'optimisation entreprise par un établissement de santé. Le changement organisationnel et les tensions paradoxales qui y sont associées sont au cœur de notre étude.

Nous verrons donc dans un premier temps, les principales théories sur l'étude du changement dans les organisations. Nous nous attarderons ensuite aux spécificités de l'étude du changement dans le contexte précis du réseau de la santé. Nous verrons enfin la théorie traitant des tensions paradoxales, alors que nous souhaitons explorer comment la reconnaissance et la gestion des tensions paradoxales constituent un des principaux défis d'implantation des changements visant l'optimisation.

2.1 Théories sur le changement organisationnel

Deux grandes approches sont reconnues pour étudier le changement organisationnel : l'approche variance et l'approche processuelle⁶ (Poole, 2004). L'approche variance fait référence aux études qui expliquent le changement par la relation entre des variables indépendantes et dépendantes, qui sont prédéterminées et liées au sujet d'étude (Poole, 2004). Les études de type prescriptif, qui ont pour but d'établir les conditions nécessaires pour réaliser les changements planifiés, s'inscrivent dans cette approche, car elles cherchent à révéler des liens qui prennent alors la forme de cause à effet entre ces variables (Poole, 2004). À l'inverse, l'approche processuelle tente de

⁶ "...*Variance research, process research*..."(Poole, 2004: traduction libre)

mettre en lumière comment le changement se déploie tout au long d'un processus d'implantation. L'étude processuelle s'intéresse ainsi à l'évolution dynamique du changement organisationnel révélée par l'analyse de l'interaction continue entre la nature et le processus d'implantation, dans un contexte organisationnel particulier (Pettigrew, 1997).

La présente étude s'inscrit dans l'approche processuelle. Ce choix est cohérent avec notre objectif de recherche qui est de mieux comprendre comment un changement organisationnel visant l'optimisation se déploie dans un contexte d'un établissement de santé.

Le changement organisationnel a fait l'objet de nombreux écrits. Les théories sur le sujet sont multiples et l'abordent sous différentes perspectives, ce qui confirme la complexité de traiter de ce phénomène sous toutes ses dimensions à la fois (Pettigrew, 1997; Dawson et Andriopoulos, 2014; Demers, 2007; Poole, 2004). Dans cette perspective, la définition du changement varie d'une étude à une autre, selon la perspective adoptée et les objectifs poursuivis (Dawson et Andriopoulos, 2014). Langley et Denis (2008, p. 58) exposent plusieurs manières de qualifier le changement organisationnel. Par exemple, des études sur le changement vont s'intéresser et donc définir le changement organisationnel sur la base de ce qui change : la structure, la culture, les pratiques, etc. D'autres vont s'intéresser au changement en questionnant le processus d'implantation et son évolution. Enfin, d'autres orientent leur étude sur les éléments du contexte qui influencent le changement dans les organisations.

Pour une définition globale du changement organisationnel, des auteurs ont suggéré d'aborder le concept à travers ses principales composantes, à savoir la nature, le processus, le contexte et l'effet du changement (Armenakis et Bedeian, 1999; Kuipers *et al.*, 2013). L'effet du changement, parfois considéré comme une composante du changement organisationnel (Kuipers, Higgs, Kickert *et al.*, 2013), n'est pas abordé

dans cette recherche. Cette composante exige un devis différent et une analyse de données auxquelles nous n'avons pas accès.

Nous avons, de ce fait, organisé notre revue de littérature sur la base des composantes du changement organisationnel retenues par ces auteurs : la nature du changement, le contexte et le processus du changement (Pettigrew, 1997; Armenakis et Bedeian, 1999; Kuipers *et al.*, 2013). Dans ce qui suit, nous présentons plus en détail la littérature pertinente à la compréhension des principales composantes du changement organisationnel : la nature, le contexte et le processus de changement.

2.1.1 Nature du changement

La nature du changement fait référence « ...à la différence dans la forme, la qualité ou dans l'état d'une entité organisationnelle ou de l'organisation dans sa globalité »⁷. (Van de Ven et Poole, 2004). La nature du changement est donc associée à l'écart entre la situation initiale (pré-changement) et la situation post-implantation d'un changement. Les études qui abordent le contenu de ce qui change font référence, en fait, à la nature du changement (*c.-à-d.* quoi changer) : la structure, la culture, les pratiques, etc. (Langley et Denis, 2008).

Par ailleurs, Kuipers *et al.* (2013) distinguent la nature du changement en termes d'ampleur. Ils qualifient de premier ordre les changements visant un sous-système organisationnel, et de deuxième ordre les changements touchant l'ensemble d'une organisation. Enfin les changements liés à des réformes politiques ou économiques visant un ensemble d'organisations sont qualifiés de troisième ordre.

Weick et Quinn (1999) ont, pour leur part, distingué les changements épisodiques et continus. Le changement de type épisodique désigne des changements volontaires, clairement définis, dans un espace temporel connu (Langley et Denis, 2008; Weick et

⁷ «Organizational change is defined as a difference in form, quality or state in an organizational entity'». (Van de Ven et Poole, 2004 : traduction libre)

Quinn, 1999). En d'autres termes, on reconnaît à l'organisation une stabilité structurelle et systémique, interrompue par des épisodes de changements planifiés. Le changement continu « ...évoque le caractère évolutif et émergent des organisations... » (Langley et Denis, 2008, p. 59). Dans ce cas, on met plutôt en évidence les petits changements qui se produisent dans la vie des organisations. Bien que ces changements soient limités, leur cumul peut avoir pour effet de transformer les organisations dans leur globalité (Langley et Denis, 2008).

Si la nature du changement permet d'apprécier ce qui change, le contexte du changement permet d'expliquer et de mieux comprendre la nature et le processus du changement observé.

2.1.2 Contexte de changement

Plusieurs auteurs distinguent les contextes interne et externe de l'organisation. Le contexte externe est caractérisé principalement par l'environnement économique, social et politique, alors que le contexte interne fait référence aux diverses influences émanant notamment de l'environnement culturel, politique et technique des organisations (Pettigrew, Woodman et Cameron, 2001).

L'étude du contexte permet d'expliquer, d'une part, la nature des changements, en clarifiant la situation initiale. D'autre part, elle permet de mieux comprendre le déroulement de leur mise en œuvre (*c.-à-d.* le processus) alors que l'on repère les éléments qui influencent l'implantation d'un changement. Par exemple, Demers (2007) a situé l'évolution des différentes théories sur le changement dans un contexte externe (économique et politique dans ce cas) à chaque fois différent. L'époque d'après-guerre a été marquée par des approches théoriques traitant du changement comme un phénomène « *d'adaptation et de croissance des organisations* » (Demers, 2007, p. 5). Pendant cette période prospère, connue sous le nom des « Trente Glorieuses », la nature des changements s'associait donc à une gestion réactive au

contexte, sans grandes ruptures (Demers, 2007). À l’opposé, la période de crise qui a suivi (crise pétrolière) a été marquée par une nature de changement de grande ampleur, qualifiée par l’auteure de « *transformation et de révolution* ».

De nombreux travaux se sont intéressés aux caractéristiques propres au contexte interne des organisations. À titre d’exemple, Kuipers *et al.* (2013) consacrent une revue sur le changement dans le contexte de la fonction publique (*c.-à-d.* par opposition aux organisations privées). Il en ressort que le style de leadership est influencé par les caractéristiques propres de l’organisation. À titre d’exemple, l’auteur discute du leader dans le secteur public qui est empreint d’un profil administratif et bureaucratique, répondant aux besoins internes de l’organisation publique.

Le contexte interne peut également être abordé sous l’angle des caractéristiques propres des individus dans les organisations. À titre d’exemple, Denis, Langley et Rouleau (2007) se sont intéressés dans leur étude à la multiplicité des acteurs dans le milieu de la santé. Selon ces auteurs, ces acteurs sont caractérisés par des identités propres qui se basent sur des logiques institutionnelles. Cet élément sera davantage détaillé lorsque nous aborderons les spécificités du contexte dans le milieu de la santé.

Le contexte des organisations publiques de santé sera abordé plus en détails à la section 2.2.2.

2.1.3 Processus de changement

Le processus de changement fait référence « *...aux actions individuelles et collectives, et aux événements qui se déroulent au fil du temps dans un contexte précis* »⁸ (Pettigrew, 1997, p. 338). Il s’agit en fait de l’ensemble des activités

⁸ “...A sequence of individual and collective events, actions, and activities unfolding over time in context.” (Pettigrew, 1997, p. 338: traduction libre)

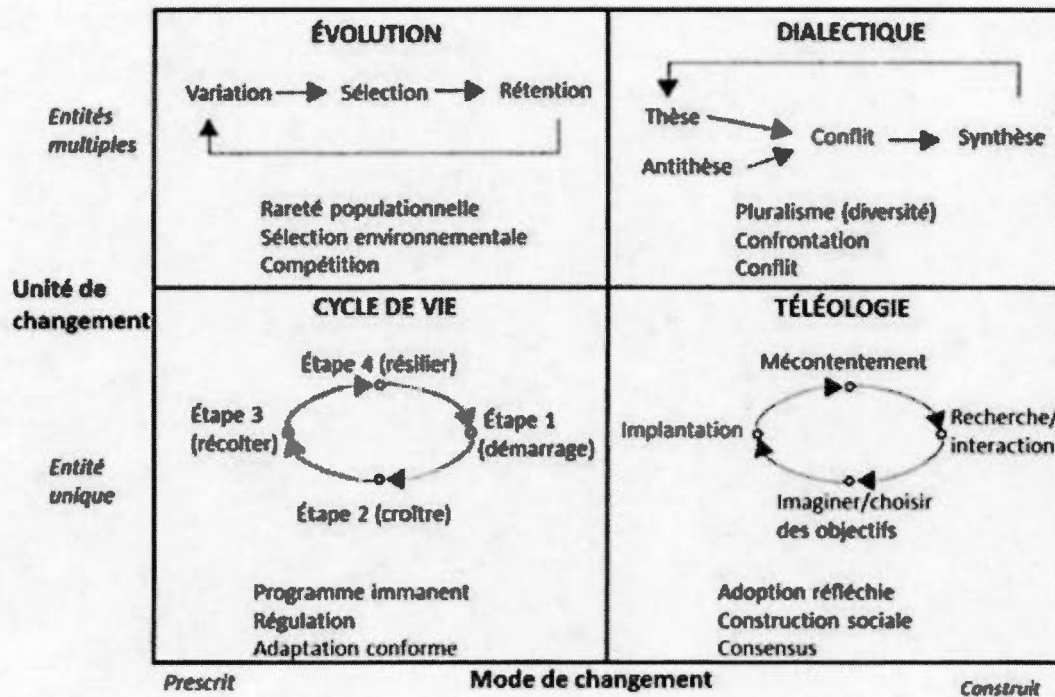
individuelles et/ou collectives qui se produisent pour que le changement prenne forme. Lorsque des auteurs s'intéressent au processus du changement, ils peuvent, par exemple, orienter leur étude sur le style de gestion adopté par les gestionnaires pendant l'implantation du changement (collaboratif, coercitif), au rythme et à la durée ou encore aux réactions des individus pendant l'implantation, etc.

Par ailleurs, lorsque le changement est de nature épisodique, le processus est défini dans le temps, souvent par ceux qui instaurent le changement (Langley et Denis, 2008). Cependant, lorsque les changements sont vus comme continus, ils s'associent à des périodes de temps moins définies. Autrement dit, la période étudiée et l'unité d'analyse (*c.-à-d.* ce que l'on observe lorsqu'on étudie le changement) influencent la perception du changement. À ce propos, Langley et Denis (2008, p. 61) discutent de la notion de perspective ou de « *point de vue situé* » dans l'étude du changement. Il pourrait effectivement être épisodique pour ceux qui instaurent le changement, mais continu pour d'autres groupes dans l'organisation.

Par exemple, un changement important entrepris par la direction sur une période de deux ans pourrait être qualifié d'épisodique lorsque l'on s'intéresse à la perspective de ceux qui l'instaurent. Ce même projet pourrait être étudié en s'intéressant à la perspective des travailleurs qui voient leur travail changer graduellement. Dans ce cas de figure, le changement s'associe davantage à un changement continu.

Van de Ven et Poole (1995) proposent quatre mécanismes type pour expliquer le processus de changement : cycle de vie, évolutif, dialectique et téléologique (voir figure 2.1).

Figure 2.1 : Typologie des théories explicatives des processus de changement
(Van de Ven, A. H. et Poole, 1995: traduction libre)



Ces mécanismes se différencient selon deux dimensions : l'unité et le mode de changement. L'unité du changement fait référence à la multiplicité d'acteurs impliqués dans les processus (*c.-à-d.* un groupe d'acteurs vs une pluralité de groupe d'acteurs). Le mode de changement distingue quant à lui les changements imposés des changements construits par les acteurs.

Le premier mécanisme : cycle de vie, correspond à un processus de changement qui prend forme à la suite de la planification d'un changement (Poole, 2004, p. 7). Il s'inscrit donc dans une vision de changement planifié et épisodique. Il est ainsi conçu du point de vue de ceux qui l'initient (entité ou acteur unique). Les études empruntant l'approche variance dans l'étude du changement conçoivent le changement à travers

ce mécanisme. Par opposition, nous avons le mécanisme dialectique. le changement émerge entre différentes entités organisationnelles en conflits, qui se développent dans un processus de recherche d'une synthèse (Poole, 2004, p. 7). Le cycle se reproduit indéfiniment. Le changement est alors vu comme continu et à multiples unités de changement (*c.-à-d.* acteurs multiples en confrontation). Quant au mécanisme d'évolution, il conçoit le changement organisationnel par un ensemble de cycles répétitifs de variation, sélection et de rétention provoquées par la compétition entre différents acteurs, dans un contexte de ressources qui sont limitées (Poole, 2004, p. 7). Finalement, la vision téléologique conçoit le changement dans un processus planifié et volontaire. La définition d'objectifs organisationnels entame un cycle d'implantation, d'évaluation et enfin de modification, à la suite d'apprentissages (Poole, 2004, p. 7). Le changement est donc vu comme continu, mais planifié par une unité de changement (acteur unique).

Dans la pratique, plusieurs de ces mécanismes peuvent coexister (Poole, 2004). Cette grille a initialement été élaborée pour illustrer la diversité des théories utilisées pour comprendre le changement organisationnel, mais elle peut aussi permettre de qualifier différents processus observés dans l'étude d'un changement.

À présent, nous abordons les particularités du changement organisationnel dans le milieu de la santé.

2.2 Le changement organisationnel dans le milieu de la santé

Dans cette section, nous abordons les particularités du contexte à l'étude : le contexte des établissements de santé. En reprenant les composantes du changement, nous exposerons la nature de changements qui s'opèrent à grand déploiement dans le secteur de la santé basée sur la *nouvelle gestion publique*. Nous décrirons ensuite les caractéristiques du contexte des établissements de santé, en abordant le caractère pluraliste de ceux-ci. Le processus du changement sera également traité en mettant en lumière les défis liés au caractère pluraliste des établissements de santé.

2.2.1 Nature des changements dans le milieu de la santé

Comme présenté précédemment, les changements dans le secteur public peuvent toucher tant les pratiques d'un sous-système d'une organisation (1^{er} ordre), d'une organisation (2^e ordre) ou d'un système global (3^e ordre). Dans cette section, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'orientation générale du système inspirée par le courant idéologique de la nouvelle gestion publique (ci-après NPM : *New Public Management*) qui a mené à des réformes importantes dans la fonction publique (et dans les réseaux de la santé) dans plusieurs pays de l'OCDE (Lévesque, 2013). Il représente donc un changement de troisième ordre.

2.2.1.1 La nouvelle gestion publique

La nouvelle gestion publique, également connue sous son acronyme anglophone NPM (pour New Public Management), fait référence à « *...un courant global de réformes dans la fonction publique, qui depuis les années 1980, interpelle l'ensemble des pays occidentaux et plusieurs nations en développement.* » (Paquin, Bernier et Lachapelle, 2011, p. 232). Ces réformes se caractérisent principalement par l'introduction de pratiques managériales du secteur privé dans le secteur public : éducation, santé, ministères, etc. (Paquin, Bernier et Lachapelle, 2011).

Selon Hood (1991), la doctrine du NPM a pris racine d'un « mariage » entre la doctrine à la base de « *l'économie institutionnelle* » qui est construite notamment sur des idées de choix individualistes et sur la récompense par incitation. D'autre part, le NPM s'inspire de la « managérialisation » qui se base notamment sur des idées de valorisation de l'expertise et de l'imputabilité des résultats. Ces deux courants convergent sur un point principal : la nécessité d'introduire dans l'administration de la fonction publique, les principes de l'entreprise privée : la concurrence, l'efficience et la prise de risque, en passant par une remise en question des valeurs plus traditionnelles du secteur public : l'universalité et l'équité (Hood, 1991; Lévesque, 2013).

Hood (1991) a analysé des réformes associées au NPM ayant été mises en place en Grande-Bretagne. Il a repéré sept principes sous-jacents à la doctrine NPM. Ces principes, leur sens et la justification que l'auteur leur donne sont présentés ci-après (voir tableau 2.1). Nous retenons, par ailleurs, que l'introduction du NPM dans la fonction publique a préconisé les valeurs d'efficiencia et d'efficacité au détriment de celles de l'universalité et de l'équité⁹ (Contandriopoulos, 2002; Paquin *et al.*, 2011).

⁹ « ...mise en place par le gouvernement des principes de solidarité pour que les citoyens,... aient les mêmes chances égales de réussir dans la société. » (Paquin *et al.*, 2011)

Tableau 2.1 : Principes de la nouvelle gestion publique (Hood, 1991, p. 91 : traduction libre)

Tableau 1 : Composantes doctrinales du New Public Management					
N°	Doctrine	Justification usuelle	Remplace	Signification opérationnelle	Quelques possibles implications comptables
<i>Distinction du secteur public (SP)</i>					
1.	Séparation du SP en unités privatisées organisées par produit	Rendre les unités gérables et responsables; séparer l'approvisionnement de la production pour créer un lobby anti-gaspillage	Formation d'un secteur public uniforme et inclusif permettant d'éviter des chevauchements en comptabilité	Érosion de l'emploi dans un seul service; opérations de proximité; budgets dédiés	Davantage d'unités de centre de coûts
2.	Davantage de contrats basés sur des prévisions concurrentielles, avec marchés internes et contrats à terme	Considération de la rivalité comme la clé pour réduire les coûts et améliorer les normes. Les contrats sont la clé pour expliquer les standards de performance	Contrats d'embauche non spécifiés, liaison de l'achat, de l'approvisionnement et de la production pour réduire les coûts de transaction	Distinction entre emplois primaires et secondaires des services publics	Accent mis sur la détermination des coûts et la compréhension de la structure des coûts; les données sur les coûts seront ainsi commercialement confidentielles et les comportements coopératifs deviennent coûteux
3.	Accent mis sur les pratiques de gestion communes au secteur privé	Besoin d'appliquer les outils de gestion provenant du secteur privé	Accent mis sur l'éthique par la fixation des salaires et la formulation de règles d'embauches	Départ du double déséquilibre salarial SP, processus formel pour des récompenses non monétaires, déclinées sous forme de droits des employés	Normes comptables inspirées du secteur privé
4.	Accent mis sur la discipline pour l'utilisation des ressources	Besoin de réduire les coûts directs, de relever la discipline des travailleurs, faire plus avec moins	Budget de base stable et normes établies, droit de veto syndical, normes minimales	Moins d'emplois primaires, moins de sécurité d'emploi, style moins favorable aux producteurs	Accent mis sur les bénéfices (<i>bottom line</i> ?)
<i>Réglementation vs discrétionnaire</i>					
5.	Accent mis sur une gestion pratique (<i>hands-on</i>) et transparente de la direction	Comptabilité nécessite une délégation spécifique des responsabilités, et non une distribution des pouvoirs	Accent mis sur les compétences en politiques et normes, et non sur une gestion active	Davantage de liberté à gérer par pouvoir discrétionnaire	Moins de contraintes procédurales pour la gestion des contrats, de l'argent, des employés; couplée à une plus grande utilisation de données financières pour la gestion comptable
6.	Normes et mesures de performance et de succès explicites, mesurables et formelles	L'imputabilité représente des objectifs clairement définis; l'efficacité nécessite un regard important sur les objectifs	Normes et standards qualitatifs et implicites	Érosion de l'autonomie managériale des professionnels	Indicateurs de performance et d'audits
7.	Davantage d'emphasis mise sur les contrôles des extrants de la production	Accent mis davantage sur les résultats	Accent mis sur les processus et le contrôle	Ressources et paie basées sur la performance	Prendre une distance par rapport à la comptabilité détaillée pour des activités spécifiques, pour aller vers des centres de coûts de comptabilité plus larges.

Dans le déploiement du NPM, Lévesque (2013) distingue les changements de type organisationnels de ceux de types institutionnels. Les changements institutionnels touchent les institutions politiques et leur rôle dans la fonction publique : révision de champs de compétence de l'appareil de l'État, décentralisation des services publics, création d'entités administratives autonomes telles que les agences de santé et des services sociaux, le partenariat avec le privé, etc. Quant aux changements organisationnels, ils visent une meilleure flexibilité dans la gestion, l'introduction de nouveaux modes d'organisation du travail, l'introduction de nouveaux instruments pour la gestion et le contrôle de la performance, l'instauration de nouveaux modes de recrutement et de promotion des fonctionnaires.

Ces divers changements ont toutefois suscité des critiques. Certaines sont liées aux fondements même du NPM, alors que d'autres ciblent les solutions avancées pour améliorer la fonction publique. En effet, pour certains théoriciens, une contradiction existe dans les fondements des deux courants desquels est né le NPM. Selon Lévesque (2013), alors que le courant économique mise sur la concurrence et sur les incitations financières pour un meilleur contrôle des gestionnaires, le courant managérial prône plutôt l'autonomie pour favoriser l'innovation dans les pratiques en gestion. De plus, l'évaluation des effets des services et de la performance des organisations publiques préconisé par le NPM s'avère souvent complexe en pratique. En effet, Paquin *et al.* (2011, p. 245) mentionnent que :

La complexité des interventions publiques et la multitude des acteurs impliqués soulèvent [...] des questions sur la capacité d'établir un lien de causalité direct entre les résultats obtenus et les interventions réalisées par les organisations et les praticiens » (Paquin *et al.*, 2011, p. 245)

Les enjeux d'implantation des changements visant l'optimisation seraient associés à des caractéristiques particulières du contexte à l'étude. Ces caractéristiques seront abordées dans la prochaine section.

2.2.2 Contexte de changement dans le milieu de la santé

Le réseau de la santé est reconnu comme un contexte pluraliste (Denis *et al.*, 2007). Les organisations pluralistes sont caractérisées par la présence de plusieurs acteurs ayant des objectifs organisationnels multiples, un pouvoir diffus et ambigu, et la présence de professionnels et de processus de travail qui se basent sur le savoir et la connaissance (Denis, Lamothe et Langley, 2001; Denis *et al.*, 2007).

Dans le milieu de la santé, on distingue quatre groupes d'acteurs qui cohabitent (voir tableau 2.2) et où « ...chacun d'eux forment une logique institutionnelle, qui reflète une conception propre de ce que devrait être le système de santé » (Contandriopoulos, 2002). Bien que chacun d'eux soit guidé par sa logique propre, aucun des groupes ne peut à lui seul réguler le fonctionnement du réseau (Contandriopoulos, 2002). Ils parviennent, à travers un processus de négociation, à instaurer une régulation du système.

Tableau 2.2 : Logiques institutionnelles dans le secteur de la santé
Inspiré de (Contandriopoulos, 2002)

Groupes d'acteurs	Logiques institutionnelles	Principaux objectifs → vision du réseau
<i>Contexte interne</i>		
<i>médecins, infirmières, pharmaciens, etc.</i>	Logique professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Définition des règles de bonne pratique clinique - Offre de services les mieux adaptés aux patients - Intégration des soins dans le temps et dans l'espace, et entre les professionnels
<i>Administrateurs/ gestionnaires, évaluateurs</i>	Logique technocratique	<ul style="list-style-type: none"> - Modalités d'accès aux services - Contrôle de la pratique - Définition des règles de fonctionnement du système de prestations de services
<i>Contexte externe</i>		
<i>Élus, représentants de l'État</i>	Logique démocratique	<ul style="list-style-type: none"> - Répartition des pouvoirs entre les niveaux de décision - Financement du réseau - Définition des champs d'exercice des différents professionnels
<i>Compagnies pharmaceutiques, compagnies d'assurances, etc.</i>	Logique marchande	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à la définition de certaines règles de fonctionnement du système de prestations de services de soins et d'assurances

La cohabitation de ces acteurs fonctionnant selon leur logique propre et l'existence de mécanismes de coordination collectifs qui sont nécessaires sont autant de facteurs contextuels susceptibles de créer des tensions. À titre d'exemple, la tension entre la logique professionnelle et la logique marchande en est une qui naît de la coexistence des logiques professionnelle et technocratique (voir tableau 2.2). Il s'agit en fait d'une tension entre, d'une part, les valeurs associées aux soins et à la médecine et, d'autre part, à celles de la gestion des établissements de santé (valeurs « d'entreprise » ou d'efficacité économique) (Reay et Hinings, 2009).

D'autres tensions peuvent émerger de la coexistence de différentes parties prenantes, et du fait « *...qu'elles disposent de suffisamment de pouvoir pour légitimer leurs propres objectifs dans la stratégie de l'organisation.* » (Jarzabkowski & Fenton, 2006 citées dans Michaud, 2011, p. 53). De telles tensions peuvent devenir saillantes lors de changements organisationnels (Smith et Lewis, 2011).

Dans ce qui suit, nous verrons d'une part comment le pluralisme, comme caractéristique du contexte des établissements de santé, affecte le processus d'implantation de changements organisationnels. D'autre part, nous verrons que la mise en œuvre de changements organisationnels dans le cadre du NPM « *...entraîneraient des paradoxes et des effets inattendus...* » (Paquin et al., 2011, p. 243).

2.2.3 Processus de changement dans le milieu de la santé

Plusieurs défis pour la mise en place de changements ont été associés à la nature pluraliste des établissements de santé (Denis *et al.*, 2007). Comme présenté précédemment, la multiplicité de parties prenantes ayant des logiques professionnelles propres est propice à l'émergence de tensions. Par exemple, Denis *et al.* (2007) identifient une tension entre « l'autonomie individuelle » et « l'action collective ». Les professionnels jouissent d'une autonomie professionnelle et

poursuivent des objectifs répondant au développement de leur pratique. Les objectifs organisationnels ou « collectifs » sont alors soumis à une évaluation de leur cohérence avec ceux poursuivis par ces derniers. Lorsqu'ils sont perçus comme s'opposant aux objectifs poursuivis par les professionnels, les changements imposés risquent alors d'être inefficaces ou impossibles à implanter (Hinings *et al.*, 1991). Dans ce contexte, plusieurs considèrent que la participation des professionnels dans la planification et l'implantation de changements organisationnels serait à privilégier (Denis *et al.*, 2007).

Cette implication dans les prises de décisions pourrait être également une source de tensions lorsqu'on veut mener des actions collectives, tels des changements organisationnels. Denis *et al.* (2007) discutent notamment d'un processus de recherche de consensus entre les parties prenantes qui pourrait modifier l'orientation des actions collectives (Denis *et al.*, 2007). En contexte de changement organisationnel, cela pourrait mener à un écart entre la nature de changements planifiés et ceux finalement réalisés.

En somme, lors de l'implantation de changements organisationnels dans un milieu pluraliste, tel qu'un établissement de santé, les tensions inhérentes au contexte des organisations de santé affectent les processus de changements mis en place. De ce fait, certains théoriciens suggèrent que le processus d'implantation de changements organisationnel nécessite une gestion des tensions inhérentes au contexte (Maalouf, 2013). Beech, Burns, de Caestecker, et al. (2004) discutent d'ailleurs du lien entre les changements organisationnels dans le milieu de la santé et les tensions inhérentes à son contexte. Autant les efforts de changements dans les organisations de la santé visent à gérer les tensions organisationnelles, autant ces tensions influencent le processus d'implantation des changements. Cette relation dynamique entre les tensions organisationnelles et le changement dans le milieu de la santé constitue le cœur de notre étude.

Pour mieux comprendre les enjeux liés à la reconnaissance et la gestion des tensions, plusieurs auteurs s'appuient sur la perspective des paradoxes que nous verrons à la prochaine section (Lewis, 2000; Smith et Lewis, 2011).

2.3 Perspective des paradoxes en gestion

La perspective des paradoxes est utilisée comme un cadre d'analyse permettant de saisir l'émergence, l'évolution et l'interaction de tensions émanant des paradoxes inhérents aux organisations (Lewis, 2000; Smith et Lewis, 2011; Lewis et Smith, 2014). Cette perspective tend à démystifier comment les organisations parviennent à gérer les tensions paradoxales et les stratégies de réponse des acteurs qui les perçoivent (Smith et Lewis, 2011). La reconnaissance et l'acceptation de la coexistence simultanée des forces paradoxales est au cœur de la perspective des paradoxes en gestion.

On trouve dans la littérature sur les paradoxes deux conceptions de l'origine des tensions paradoxales dans les organisations (Lewis, 2000; Smith et Lewis, 2011). La première considère qu'elles sont inhérentes au système organisationnel. En effet, la multiplicité de sous-systèmes qui constituent une organisation, la complexité de leur interaction et leur interdépendance expliquerait l'omniprésence des tensions paradoxales dans le système organisationnel. D'autres auteurs avancent plutôt que les tensions paradoxales sont des constructions sociales. Selon cette vision, l'existence de facteurs contextuels (environnementaux et/ou sociaux) qui influencent la vie organisationnelle rend les tensions paradoxales saillantes. Les individus dans les organisations agissent pour répondre aux tensions perçues, émanant d'un conflit ponctuel entre les forces opposantes du paradoxe. (Lewis, 2000; Smith et Lewis, 2011).

La perspective des paradoxes se distingue de celle de la contingence qui tend plutôt à résoudre l'aspect paradoxal des objectifs contradictoires dans les organisations (Smith et Lewis, 2011). Autrement dit, alors que la perspective des paradoxes reconnaît

l'inhérence des objectifs contradictoires, celle de la contingence tente d'établir les conditions organisationnelles nécessaires pour parvenir à aligner les pôles des paradoxes existants (Smith et Lewis, 2011).

2.3.1 Concepts de paradoxe et de tensions paradoxales

Le concept de paradoxe fait référence à l'existence de « ...deux éléments contradictoires et interreliés. Pris individuellement, ces éléments semblent logiques, mais irrationnels lorsque pris ensemble, simultanément »¹⁰ (Lewis, 2000). La recherche simultanée de l'efficacité et de la qualité, de l'autonomie et du contrôle, de l'exploitation et de l'exploration sont autant d'exemples de paradoxes inhérents aux organisations (Lewis, 2000; Smith et Lewis, 2011).

Au concept de paradoxe s'associent la dualité, la dialectique et le dilemme. Smith et Lewis (2011) discutent des distinctions entre ces concepts. Nous présentons leur définition au tableau 2.3.

¹⁰ « "Paradox" denotes contradictory yet interrelated elements that seem logical in isolation but absurd and irrational when appearing simultaneously. » (Lewis, 2000, p. 760: traduction libre).

Tableau 2.3 : Concept de paradoxe et concepts s'en rapprochant (Smith et Lewis, 2011, p. 386-387)

Paradoxe	<i>« ...deux éléments contradictoires et interreliés. Pris individuellement, ces éléments semblent logiques, mais irrationnels lorsque pris ensemble, simultanément »</i>
Dualité	<i>« Des opposés qui forment un tout unifié »</i>
Dilemme	<i>« Deux éléments compétitifs, où le choix de l'un ou de l'autre suppose des avantages et inconvénients »</i>
Dialectique	<i>« Éléments contradictoires : thèse et antithèse, qui se résolvent par la synthèse »</i>

L'analyse de ces différents concepts, et ce, en se basant sur Smith et Lewis (2011), permet d'établir les trois critères qui, ensemble, forment la notion de paradoxe : l'élément de dualité, de simultanéité et de permanence.

Tout comme la dualité, le paradoxe incarne deux pôles contradictoires, mais interreliés. Ces deux pôles forment un tout unifié. Lorsqu'ils existent simultanément et de façon permanente, nous distinguons le paradoxe du concept de dualité.

Par ailleurs, le paradoxe se différencie du dilemme et de la dialectique. En effet, les deux sous-entendent une « résolution » de l'opposition des pôles, soit par la sélection ou par la synthèse. En ce sens, la perspective du paradoxe est davantage à long terme, et la résolution de l'opposition des pôles n'est que temporaire, car les tensions entre les pôles resurgissent indéfiniment.

Quatre types de paradoxes sont établis dans la littérature. Ils peuvent être à un niveau individuel ou organisationnel : les paradoxes d'*organisation*, *identitaire* et d'*apprentissage* (Lewis, 2000) et de *performance* (Lüscher et Lewis, 2008). Le paradoxe d'organisation résulte des contradictions inhérentes entre les différentes

unités organisationnelles (Lewis, 2000). Il est lié à la complexité de la structure organisationnelle, qui est constituée de sous-systèmes indépendants qui concilient leurs objectifs particuliers et les objectifs globaux de l'organisation. Le paradoxe *de performance* se manifeste quant à lui à travers des tensions qui surgissent de la multiplicité des parties prenantes et de leurs intérêts potentiellement contradictoires dans une organisation (Smith et Lewis, 2011). À un niveau individuel, la tension liée au paradoxe *de performance* se manifeste lorsqu'un acteur perçoit que des demandes qui lui sont conférées sont contradictoires et surgissent simultanément (Jarzabkowski, Lê et Van de Ven, 2013; Lüscher et Lewis, 2008). La tension entre les logiques institutionnelles, caractéristiques du réseau de la santé abordée précédemment s'apparente au paradoxe de performance. Le troisième type de paradoxe correspond au paradoxe *identitaire*. Cette tension peut se produire entre un individu et un groupe, ou entre deux groupes incarnant des identités et des valeurs différentes (Smith et Lewis, 2011). Le dernier type de paradoxe reconnu est le paradoxe *d'apprentissage*. Il renvoie aux tensions qui se produisent entre la décision de se dissocier du passé pour construire le futur ou, au contraire, de maintenir le passé comme une base pour construire l'avenir (Smith et Lewis, 2011).

Enfin, dans la perspective des paradoxes, on distingue le caractère latent et saillant du paradoxe (Lewis, 2000; Smith et Lewis, 2011; Lewis et Smith, 2014). Lorsque le paradoxe est ignoré par les acteurs, les tensions entre les pôles sont latentes. Elles deviennent saillantes lorsqu'elles sont perçues par les acteurs ou par la présence de facteurs environnementaux (Smith & Lewis, 2011). À ce propos, différentes réactions des acteurs aux tensions perçues sont conceptualisées dans la littérature. C'est l'objet de la prochaine section.

2.3.2 Stratégies de réponse aux tensions paradoxales

Plusieurs auteurs ont abordé les stratégies de réponse des acteurs aux tensions paradoxales perçues (Lewis, 2000; Lüscher et Lewis, 2008; Smith et Lewis, 2011; Jarzabkowski *et al.*, 2013).

On distingue deux catégories de stratégies : les stratégies défensives et actives (Smith et Berg; 1987 cités dans Lewis 2000). Les stratégies défensives sont associées aux réactions des acteurs qui entament une démarche de résolution du paradoxe (Lewis, 2000). Autrement dit, elles émergent lorsque les acteurs sont réticents et s'engagent dans des stratégies qui favorisent un pôle au détriment de l'autre. Plusieurs auteurs reconnaissent trois stratégies de réponse défensives : *la suppression*, *la séparation* et *l'opposition*¹¹ (Lewis, 2000; Smith et Lewis 2011; Jarzabkowski *et al.*, 2013). La *suppression* consiste à considérer un seul pôle du paradoxe. Les exigences d'un pôle sont poursuivies au détriment de l'autre. La *séparation* consiste à traiter des pôles séparément. Cette séparation peut être temporelle ou spatiale (Smith et Lewis, 2011). La séparation spatiale survient lorsque l'acteur traite les deux pôles d'une tension perçue dans un espace différent. La séparation temporelle suppose qu'un acteur traite les pôles du paradoxe dans un espace-temps différent. Enfin, *l'opposition* renvoie au cas de figure où chaque partie travaille à faire valoir ses propres objectifs. Les acteurs qui adoptent cette stratégie de réponse reconnaissent l'importance de chacun des pôles du paradoxe, mais ne reconnaissent pas leur interdépendance (Jarzabkowski *et al.*, 2013).

Quant aux réponses de nature active, on y associe des réactions d'acteurs qui reconnaissent l'existence simultanée des pôles d'un même paradoxe et tentent de trouver un compromis pour faire valoir les deux simultanément (Lewis, 2000; Jarzabkowski *et al.*, 2013). Cette catégorie inclut *la synthèse*, *la confrontation* et *la transcendance (ou acception)* (Lewis, 2000; Smith et Lewis 2011; Jarzabkowski *et*

¹¹ Opposition = "Opposing" qui se différencie de *confrontation* (Jarzabkowski *et al.*, 2013)

al., 2013). La *synthèse* indique la volonté de trouver un moyen d'équilibrer les éléments paradoxaux qui provoquent des tensions. La *confrontation* implique un travail sur les sources de tensions, en prévoyant des facilitateurs, souvent externes, pour gérer les réactions émotionnelles et partisans qui surgissent. Enfin, la *transcendance*, aussi nommée *acceptation* (Smith et Lewis, 2011) implique le déplacement à un niveau supérieur de compréhension dans lequel des éléments paradoxaux sont compris dans une relation d'interdépendance complexe plutôt que dans une relation d'intérêts opposés.

D'autres auteurs ont abordé les réactions des acteurs en proposant une autre typologie : des stratégies dites de résolution et celle de l'acceptation (Poole et Van de Ven, 1989 cités dans Smith et Lewis, 2011). Outre la stratégie d'*acceptation (transcendance)*, les stratégies nommées précédemment sont, selon cette typologie, des stratégies de résolution. Smith et Lewis (2011) précisent que les deux typologies ne sont pas en opposition, mais qu'elles sont plutôt complémentaires. En effet, selon le modèle intégrateur dynamique de la *gestion par les paradoxes*, les acteurs pourraient opter à court terme pour des stratégies de résolution, si dans un horizon long terme, la vision préconisée est celle de l'acceptation. Autrement dit, la stratégie d'acceptation (ou de transcendance) s'associe davantage à une stratégie à long terme, où les acteurs reconnaissent et acceptent la coexistence simultanée des forces paradoxales (Smith et Lewis, 2011).

2.3.3 La perspective des paradoxes comme un cadre d'analyse

La perspective des paradoxes peut être utilisée pour étudier les changements organisationnels (Jay, 2012; Seo, Putnam et Bartunek, 2004; Stoltzfus, Stohl et Seibold, 2011). Cette perspective permet d'étudier le processus d'implantation d'un changement organisationnel par la détermination et le suivi de l'évolution des tensions paradoxales et les stratégies de réponse des acteurs (Lewis et Smith, 2014). Une conceptualisation qui permet par ailleurs de « ...s'éloigner des notions simplistes

*et polarisées, pour reconnaître la complexité, la diversité et l'ambiguïté de la vie organisationnelle »*¹² (Cameron and Quinn; 1988 cité par Lewis, 2000).

Le cadre d'analyse de la perspective des paradoxes suggère de concevoir le changement organisationnel dans un processus formé de cycles de tensions paradoxales et des stratégies de réponse à celles-ci par les acteurs impliqués dans le changement (Jarzabkowski *et al.*, 2013; Lewis, 2000; Smith et Lewis, 2011). À ce propos, Smith et Lewis (2011) ont conçu un modèle intégrateur dynamique de la perspective des paradoxes. Les éléments clés qui reflètent l'aspect dynamique dans l'émergence et la gestion des tensions paradoxales sont : la dualité constante des forces contradictoires et des stratégies de réponse des acteurs, ainsi que l'aspect cyclique et continu de l'interaction des éléments factuels du contexte avec les tensions et les stratégies de réponse des acteurs.

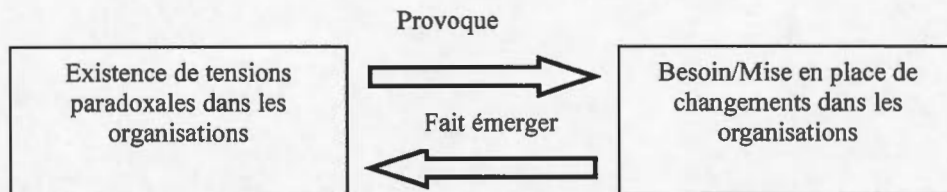
Jarzabkowski *et al.* (2013) ont quant à eux proposé un modèle qui met en lumière comment les différentes tensions paradoxales coexistent et interagissent dans l'organisation. Les auteurs sont parvenus à situer trois des quatre types de tensions à différents niveaux organisationnels. Les résultats de l'étude situent les différents types de tensions paradoxales à différents niveaux de l'organisation. En effet, alors que la tension d'*organisation* se situe à un niveau macro de l'organisation, la tension *identitaire* et la tension *de performance*, surgissent respectivement à un niveau méso et micro de l'organisation.

En somme, la cohabitation permanente de forces paradoxales dans les organisations provoque fréquemment des tensions auxquelles les acteurs tentent de répondre par l'introduction de changements organisationnels. En ce sens, le changement organisationnel correspond aux efforts pour redéfinir l'équilibre entre les forces

¹² «...by exploring paradox, researchers might move beyond oversimplified and polarized notions to recognize the complexity, diversity, and ambiguity of organizational life.» (Lewis, 2000)

paradoxaux. La mise en place de changements dans les organisations constitue également un contexte propice à l'apparition de tensions (voir figure 2.2)

Figure 2.2 : Lien entre l'étude du changement et les tensions paradoxales



À la prochaine section, nous présenterons les différentes notions théoriques retenues pour l'élaboration du cadre conceptuel de notre étude.

CHAPITRE III

CADRE CONCEPTUEL

Rappelons que cette recherche vise à mieux comprendre comment la mise en œuvre d'une démarche d'optimisation se déploie dans le contexte d'un établissement public de santé.

À la lumière de la revue de littérature présentée précédemment, nous avons élaboré un modèle conceptuel qui permet l'atteinte de nos objectifs de recherche (voir figure 3.1).

Comme nous l'avons vu, l'approche retenue suggère d'analyser le changement par le biais de l'interaction entre les principales composantes du changement : sa nature, son contexte et son processus (Pettigrew, 1997).

3.1 Nature du changement

La nature du changement consiste en l'écart entre la situation initiale (pré-changement) et la situation post-implantation d'un changement (Kuipers *et al.*, 2013). Pour notre étude, nous allons pouvoir, par l'examen des changements mis en place, distinguer les changements désirés et qui ont été finalement implantés.

3.2 Contexte du changement

Rappelons que le contexte de changement fait référence aux diverses influences internes et externes émanant notamment de l'environnement culturel, politique et technique (Pettigrew *et al.*, 2001).

Dans notre étude, nous nous intéresserons surtout au contexte interne, c'est-à-dire à l'influence d'éléments du contexte de l'organisation sur le changement mis en place. Le contexte interne sera regardé à deux niveaux : à un niveau organisationnel, en déterminant des éléments contextuels qui facilitent et/ou contraignent l'implantation du projet de changement (Thomas, 2006) (ex. disponibilité des ressources); à un niveau individuel, en considérant les caractéristiques des acteurs impliqués dans le projet à l'étude (Oreg, 2006) (ex. : gestionnaires, cliniciens, non cliniciens) et leur perception de la nature et du processus du changement.

Si la nature du changement nous amène à comprendre l'intention du changement, son implantation implique un processus se produisant dans un temps défini et dans le contexte propre de l'établissement à l'étude.

3.3 Processus du changement

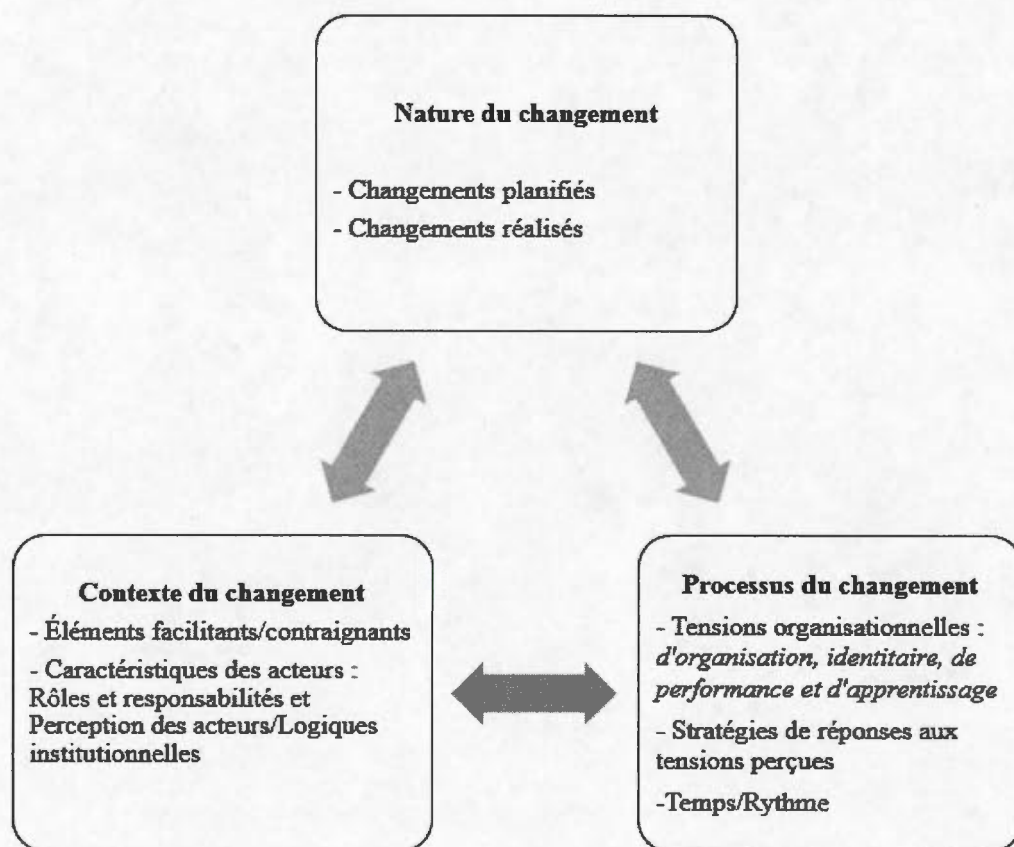
Nous avons vu précédemment que le processus d'implantation d'un changement comprend l'ensemble des actions et des réactions des acteurs, pendant la mise en œuvre du changement.

Pour saisir et expliquer le processus de changement, nous établirons les tensions perçues pendant l'implantation du changement à l'étude. Il est question du repérage des principales tensions reconnues : d'*organisation*, *identitaire*, *de performance* et *d'apprentissage*, ainsi que l'identification de leur interaction (Lewis, 2000; Lüscher et Lewis, 2008). Nous nous intéresserons également aux stratégies de réponse des acteurs, qui pourraient être de l'ordre d'une réaction active ou défensive (Jarzabkowski *et al.*, 2013; Smith et Lewis, 2011). La perspective des paradoxes nous servira de cadre d'analyse, pour ce faire (Lewis, 2000).

L'aspect de temporalité (Pettigrew, 1997) sera enfin traité. Il fait référence tant à la durée des différentes phases du processus qu'au rythme d'implantation. En termes de mécanisme d'étude du processus, une telle analyse du processus peut être associée

aux mécanismes téléologique et dialectique (Van de Ven, A. H. et Poole, 1995). Ce choix est justifié par le caractère pluraliste des établissements de santé. En effet, l'implantation de changements délibérés (c.-à-d. mécanisme théologique) dans un contexte pluraliste impliquant des tensions, de la confrontation ou des conflits d'idées (mécanisme dialectique) est au cœur du projet de changement à l'étude¹³.

Figure 3.1 : Cadre conceptuel pour l'étude d'un changement visant l'optimisation dans un établissement de santé ¹



¹³ Inspiré de : (Pettigrew, 1997; Smith et Lewis, 2011; Van de Ven, A. H. et Poole, 1995)

CHAPITRE IV

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Dans cette section, nous définirons les aspects méthodologiques de la recherche. Tout d'abord, le devis de recherche retenu y sera présenté. Il comprend l'ensemble des décisions prises en vue d'effectuer une démarche qui répond à la question de recherche (Noiseux, 2010). Nous exposerons par la suite les étapes suivies pour le choix du cas à l'étude, ainsi que le déroulement de la collecte de données. Ensuite, nous aborderons les différentes techniques utilisées pour mener l'analyse des données recueillies. Enfin, les démarches entreprises pour la conformité de la recherche aux normes éthiques et la rigueur scientifique de la recherche seront abordées.

4.1 Devis : étude de cas

Les méthodes de recherches qualitatives sont généralement appropriées pour l'étude de phénomènes complexes dans un contexte précis (Noiseux, 2010). L'étude de cas en fait partie. Cette méthode consiste, selon Noiseux (2010, p. 279) :

[...] en l'exploration détaillée et complète d'une entité quelconque telle qu'une ou plusieurs personnes, un groupe social, un événement, une famille, une organisation ou un établissement... L'étude de cas s'inscrit dans le contexte quotidien des participants, afin de se baser sur leur perspective (Noiseux, 2010, p. 279).

Selon Yin (2003, p. 2), l'étude de cas est pertinente lorsque vient le temps de comprendre un phénomène social. Autrement dit, ce devis permet l'étude détaillée d'un phénomène dans son milieu naturel, par l'entremise des différentes perceptions

de ceux qui le vivent (Noiseux, 2010). L'étude de cas se présente comme la meilleure méthode d'analyse lorsqu'on souhaite approfondir des questions de type « comment » et « pourquoi », pour la compréhension d'un phénomène. Ce choix est donc approprié pour notre recherche, vu l'objectif poursuivi, soit l'étude approfondie du processus d'implantation d'un changement visant l'optimisation. L'unité d'analyse est par le fait même un projet de changement réalisé dans un établissement de santé.

Par ailleurs, comme cette recherche adopte une approche processuelle dans l'étude du changement, nous souhaitons décrire et expliquer une séquence d'évènements qui se produisent dans le temps (Denis *et al.*, 2007; Pettigrew, 1997). La recherche est donc longitudinale. Bryman et Bell (2007, p. 65) suggèrent l'étude longitudinale lorsqu'on s'intéresse à l'évolution d'un phénomène à travers le temps. L'étude s'est également basée sur des données rétrospectives, puisque la collecte de données a été réalisée à la fin de la période étudiée (Bryman et Bell, 2007).

4.1.2 Choix du cas à l'étude

Pour choisir le cas à l'étude dans le cadre de cette recherche, nous avons ciblé un établissement dans lequel nous avons travaillé de mai 2012 à octobre 2012. Nous étions, de ce fait, informés que des projets d'optimisation y étaient implantés. Le cas à l'étude a ensuite été sélectionné en collaboration avec l'établissement participant. Cette démarche s'associe à la méthode dite par choix raisonné (Noiseux, 2010). Elle consiste en la sélection du phénomène à l'étude en émettant des critères précis, le caractérisant (Royer et Zarlowski, 2007). Pour notre étude, nous avons établi des critères qui répondaient d'une part, au contexte d'étude souhaité : un établissement public de santé au Québec et, d'autre part, au cadre théorique, c'est à dire, que le projet de changement s'inscrivait dans une démarche d'optimisation impliquant des professionnels de la santé. Nous avons finalement privilégié un projet de changement qui était en cours d'implantation ou déjà implanté depuis un maximum de 12 mois.

D'une part, cette méthode convient à la nature de l'objectif de la recherche qui est d'explorer et de comprendre des phénomènes existants en profondeur (Royer et Zarlowski, 2007). D'autre part, celle-ci permet de respecter les critères nécessaires pour mener à bien l'étude, répondant adéquatement aux exigences du cadre conceptuel (Royer et Zarlowski, 2007).

4.2.2 Présentation du cas à l'étude

Le projet de changement étudié s'est réalisé dans le Service des aides techniques d'un établissement en réadaptation de la région de Montréal. La collecte de données a eu lieu entre avril et mai 2014. L'implantation du projet de changement étudié s'est étalée du mois d'avril 2012 au mois de septembre 2014. Pour intégrer la période d'émergence et de planification du projet qui s'est réalisée de septembre 2011 à mars 2012, la période étudiée s'étend donc de septembre 2011 à avril 2014.

Un descriptif détaillé de l'histoire du cas est présenté à l'annexe C. La partie analyse du cas présentée au prochain chapitre de ce mémoire comprend également un descriptif détaillé des principaux événements qui se sont déroulés tout au long du processus d'implantation du changement à l'étude.

4.2 Sources de données

Les études de cas peuvent combiner plusieurs sources de données (Noiseux, 2010). La présente étude a été alimentée par la réalisation d'entrevues semi-dirigées et une analyse documentaire.

4.2.1 Entrevues semi-dirigées

L'entrevue semi-dirigée est la principale technique qui a été utilisée pour collecter les données de cette étude. Elle est définie par Savoie-Zajc (2003, p. 240)

[...] comme une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans

le but d'aborder, en un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec les participants à la recherche (Savoie-Zajc, 2003, p. 240).

Cette méthode est appropriée pour la nature des données souhaitées pour cette étude. Elle a permis de réunir un ensemble de perceptions et de rendre explicite la réalité telle que vécue par les participants dans leur contexte respectif (Savoie-Zajc, 2003).

Avoir accès à des données riches, détaillées et puisées directement de l'expérience des interviewés constitue un des principaux avantages de cette technique (Savoie-Zajc, 2003). L'autre avantage à souligner est l'occasion pour le chercheur de rencontrer les participants. En effet, « ... grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé. » (Savoie-Zajc, 2003, p. 240). Autrement dit, la technique d'entrevue offre d'une part, la possibilité d'adapter les questions en fonction des opportunités qui se présentent lors des entrevues, ce qui permet au chercheur d'approfondir la compréhension des différentes perspectives sur le terrain. D'autre part, c'est une occasion privilégiée pour le chercheur de soutenir la réflexion de l'interviewé sur le phénomène à l'étude.

Les questions qui composaient le guide d'entrevue touchaient les différents éléments du cadre conceptuel présenté au chapitre 3. La formulation de celles-ci se voulait simple et sans notions théoriques complexes. La première partie de la grille contenait deux questions d'ordre informatif : le poste occupé et le nombre d'années d'expérience des participants dans leur poste actuel, ainsi que dans l'organisation. La seconde partie questionnait la perception des répondants par rapport au projet à l'étude. Dans un souci de bien structurer notre questionnaire, cette partie était composée de trois catégories de questions, chacune d'elle représentait une composante du changement : la nature (*c.-à-d.* ce qui a changé), le processus (*c.-à-d.* comment le changement s'est déroulé), le contexte (*c.-à-d.* les éléments liés à l'environnement qui permettent de mieux comprendre la nature et le processus). Les tensions paradoxales et les stratégies de réponse à celles-ci ont été révélées en

abordant les questions sur le processus. Elles sont, de façon générale, implicites dans les actions et réactions des personnes impliquées dans le changement. L'intégralité de la grille d'entrevue est présentée à l'annexe A.

Bien que pertinente, cette technique de collecte de données comporte certaines limites. La principale est la désirabilité sociale (Savoie-Zajc, 2003). Selon l'auteure, deux éléments pourraient être à l'origine de ce biais : le manque de confiance de l'interviewé envers le chercheur et le désir potentiel du répondant à plaire au chercheur (Savoie-Zajc, 2003). De cette limite pourraient découler des blocages potentiels dans la communication, ce qui nuirait à la qualité des données collectées (Savoie-Zajc, 2003).

Pour réduire ces risques, des dispositions ont été mises en œuvre pour assurer la fidélité et la crédibilité des données collectées. Nous discuterons de ces dispositions à la partie « déroulement de la collecte de données ».

4.2.1.1 Recrutement des répondants

La sélection des participants pour les entrevues semi-dirigées a été menée selon deux critères que nous avons émis. Le premier critère était que les participants aient été touchés par le projet à l'étude. Ensuite, et ce, en cohérence avec notre objectif de recherche (*c.-à-d.* saisir le processus d'implantation selon les différentes perceptions de ceux qui l'ont vécu), nous souhaitions en fait, rencontrer au moins une personne par titre d'emploi parmi celles qui avait vécu ledit changement. Le nombre de personnes rencontrées et leur sélection ont toutefois été proposés par la personne-ressource de l'établissement faisant la liaison pour ce projet de recherche. Bien que ceci laissait présager un biais de sélection, l'analyse des données collectées nous a permis de constater une certaine saturation des données satisfaisantes. Comme exposé au chapitre 5 « Présentation et analyse du cas à l'étude », nous avons pu établir la trame des événements et distinguer des perspectives variées sur le processus de

changement. Le tableau 4.1 ci-après présente l'ensemble des participants par titre d'emploi occupé.

Tableau 4.1 : Groupe d'emploi des participants à l'entrevue semi-dirigée

Groupe d'emploi	Nombre de participants à l'entrevue	Nombre total d'effectifs dans le groupe d'emploi
Membres de la direction	2	4
Cliniciens	6	40
Personnel administratif	1	3

4.2.1.2 Déroulement de la collecte de données

- Phase préparatoire (avant l'entrevue)

Avant de commencer les entrevues avec les participants, nous avons eu une rencontre avec le chargé du projet, qui était également notre personne-ressource à l'interne. Cet entretien a permis de mieux connaître le contexte du projet et de planifier une démarche pour la collecte de données.

Par la suite, nous avons sollicité un premier contact avec les participants par courriel (voir appendice C). Il comprenait un bref résumé du présent projet de recherche ainsi qu'une explication du rôle potentiel qu'ils pouvaient jouer s'ils acceptaient d'y participer.

Un contact téléphonique a suivi pour discuter de leur compréhension du projet, de leur participation, des questions, s'il y a lieu, et enfin, prendre rendez-vous pour l'entrevue.

L'auteure ayant été, pour une période de cinq mois au service de l'établissement, a facilité les communications préliminaires avec les participants. Nous avons en effet

observé que cet aspect a permis d'établir rapidement une relation de confiance avec ces derniers. Cette confiance est importante, comme mentionné précédemment, car elle favorise des réponses authentiques et la sincérité de la part des participants. Nous étions conscients que ce contexte pouvait, par ailleurs, laisser présager un biais de désirabilité sociale (Savoie-Zajc, 2003). Ce biais nous semble limité puisque l'auteure n'a été au service de l'établissement que pour une courte période, et ce dans un poste d'agente administrative. De plus, nous avons pris soin de rappeler aux participants à plusieurs occasions que l'étude visait à saisir leurs perceptions des événements.

- Pendant l'entrevue

Les entrevues se sont déroulées au sein de l'organisation, dans des salles de réunion permettant une certaine intimité.

À la phase d'ouverture des entrevues, un rappel du projet et du caractère volontaire et confidentiel de leur participation a été fait par la chercheuse, pour mettre en confiance les répondants. Un formulaire de consentement (voir appendice B), a ensuite été présenté et signé par les répondants et l'intervieweuse. À cette étape et dans le but de prévenir la désirabilité sociale, nous avons fait un retour sur l'importance que les participants puissent nous informer de leur perception et la valeur de leur témoignage. Nous avons également tenté d'adopter une position d'apprenante en informant notamment que nous étions en apprentissage et que c'est de leur expérience que l'on voudrait puiser pour enrichir notre compréhension du cas à l'étude.

De plus, pendant l'entrevue, certaines techniques reconnues pour mener à bien les entrevues semi-dirigées ont été appliquées : l'écoute active, la reformulation, l'intérêt manifesté par l'intervieweur, etc. L'application de ces techniques avait pour objectif d'établir une relation de confiance et prévenir des blocages relationnels avec les participants (Savoie-Zajc, 2003).

- Après l'entrevue

Après chaque entrevue, des notes complémentaires ont été prises par l'intervieweur. Celles-ci ont permis de documenter les comportements ou les faits saillants observés lors des entrevues. Cette technique permet, selon Savoie-Zajc (2003), d'enrichir et de mettre en contexte les propos des participants lors de l'analyse.

4.2.2 Analyse documentaire

L'analyse documentaire constitue notre deuxième source de données. Elle a consisté en la consultation et l'analyse du contenu de documents décrivant le projet et sa mise en œuvre. Les documents qui nous ont été fournis sont principalement : un document de planification du projet, certains comptes rendus de réunions, les résultats de deux sondages internes et un document d'évaluation du projet élaboré un an après l'implantation.

Cette technique de collecte de données, qualifiée par (Noiseux, 2010, p. 283) de « ... source additionnelle d'information », a permis notamment de repérer la temporalité et les événements importants liés au projet de recherche. C'est aussi une source importante d'information qui a permis de mieux comprendre la démarche complète du projet, telle qu'élaborée par tous ceux qui ont participé à sa planification.

4.3 Analyse des données

De façon générale, l'analyse des données consiste en « ... un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche » (Blais et Martineau, 2006, p. 3).

Cette section présente les principales étapes réalisées pour l'analyse des données, soit:

1. Retranscription systématique
2. Codification des données
3. Réduction des données
 - Création d'un fichier « base de données »
 - Description du cas (voir annexe C)
 - Préparation d'un tableau-synthèse (voir annexe D)
4. Repérage de « patterns » (cartographie visuelle)

La retranscription systématique de l'ensemble des entrevues menées et enregistrées a constitué la première étape de l'analyse. Cette étape préliminaire a servi à reproduire les entrevues en version texte. Les entrevues ont été retranscrites en conservant les expressions et en indiquant les sons et/ou les silences exprimés par les participants lors des entrevues.

La phase de codification des données a suivi. Elle se définit comme « ... une réorganisation du matériel par laquelle sont regroupés en catégories ou thèmes plus larges... tous les énoncés dont le sens se ressemble... » (L'écuyer, 1987, p. 56). Autrement dit, il s'agit de regrouper des extraits de données en catégories ayant un sens similaire, aussi appelé « unités de sens » (L'écuyer, 1987). À ce propos, on distingue plusieurs manières de procéder à la codification des données. L'écuyer (1987, p. 56), en nomme trois : le modèle ouvert, le modèle fermé et le modèle mixte. Le premier prétend qu'aucun thème n'est établi préalablement par le chercheur, ils émergent uniquement des données. En d'autres mots, à partir d'une lecture approfondie des données, un exercice de classification des données qui semblent aller dans le même sens est effectué. À l'opposé, le modèle fermé fait référence au fait que le chercheur puise dans les données, seulement celles liées à des catégories de sens qu'il aurait définies préalablement, à partir de son cadre théorique. Enfin, le dernier modèle est un mélange des deux (mixte). Le chercheur établit avant l'étape de

codification, un ensemble de thèmes (*c.-à-d.* des catégories de sens) en s'inspirant de son cadre théorique, mais envisage la possibilité d'en retirer, d'en modifier ou d'en dégager de nouveaux pendant l'exercice de codification.

Pour notre étude, nous avons opté pour le modèle mixte. Malgré l'élaboration d'une structure de code (voir annexe B) initialement appuyée sur le modèle conceptuel utilisé pour construire la grille d'entrevue, nous avons été attentifs à des catégories pouvant émerger. Également, celles qui ne convenaient à aucun extrait dans les données étaient rejetées. De plus, tout en procédant à la codification, nous sommes avons été attentifs aux extraits factuels (telles que les dates de réalisation d'une étape de projet ou d'événements précis), en préparation de l'étape « stratégie narrative » détaillée plus loin.

La codification a été réalisée en utilisant le logiciel NVivo. Cet outil a été retenu, car il permet d'organiser l'information selon les catégories de sens établies, favorisant ainsi la gestion de l'information. La convivialité de son interface, la disponibilité de multiples fonctions d'analyse, ainsi que la facilité d'accès aux données brutes et aux catégories de sens, ont été autant d'avantages nous ayant amenés à retenir cet outil.

Une fois l'étape de codification réalisée, nous avons entamé la phase de réduction des données (*c.-à-d.* les étapes 3 et 4 de l'analyse des données).

La troisième étape a consisté en l'élaboration d'un fichier comme base de données regroupant et organisant toutes les données jugées pertinentes qui provenaient de nos sources de données. Concrètement, pour les données ayant pour source les entrevues, une relecture du contenu de chacune des catégories de sens a été faite et a permis d'élaborer une synthèse du contenu des différentes sources données, et ce, pour l'ensemble des dimensions liées au cadre conceptuel et à la codification des données. De manière systématique, nous avons fait référence, dans les synthèses, à l'extrait codé pour lequel une référence a été créée. En effet, nous avons créé une référence

pour chacun des extraits d'entrevues pertinents, pour faciliter le retour aux données brutes tout au long de l'analyse. Ces références étaient uniques et avaient le format suivant : *suite de chiffres numériques (c.-à-d. 01, 02, 03, ...), initiales du participant, titre d'emploi du participant, phase du projet*. Par exemple, 01-NS-agente administrative-phase de planification du projet).

Pour le contenu de données ayant pour source les documents internes, nous avons, à la suite d'une lecture approfondie de ceux-ci, relaté tous les renseignements jugés pertinents pour compléter les synthèses élaborées avec les extraits intégraux (*verbatim*). Une classification des documents par ordre chronologique nous a permis de repérer la source des données et d'y référer facilement, au besoin.

L'élaboration de cette base de données avait plusieurs objectifs. Le premier était de synthétiser et d'organiser le contenu de nos sources de données, de façon à se référer à un seul document, pour la suite de l'analyse. Le deuxième objectif était de reproduire la chronologie des événements telle que rapportée par les participants, ainsi que les différentes étapes du projet à l'étude. En effet, l'analyse de contenu réalisée à cette étape avait été également utilisée pour repérer les données factuelles qui permettaient de dresser un portrait chronologique du projet à l'étude. Au final, nous sommes parvenues à dresser un fichier de base de données présentant de façon chronologique un résumé du contenu associé à chacun des thèmes : nature, processus, et contexte du changement avec des références précises des sources de données.

Pour les étapes de l'analyse des données qui vont suivre, nous précisons que celles-ci ont été réalisées dans un processus itératif malgré leur présentation séquentielle.

La stratégie narrative a constitué la quatrième étape. Cette stratégie consiste à reconstruire l'histoire sous sa forme chronologique (Langley, 1999). Caractérisée par sa capacité de précision, cette méthode permet de rendre explicite la réalité, telle que

décrite par les participants, et de représenter fidèlement le contexte à l'étude (Langley, 1999).

À partir de la base de données réalisée aux étapes précédentes, nous avons rédigé un document d'une quarantaine de pages présentant « l'histoire » du projet de changement à l'étude (voir annexe C). Cette étape nous a par ailleurs permis d'établir trois phases distinctes au projet : la phase d'émergence et de planification du projet (phase 1), la phase de mise en œuvre du projet (phase 2) et la phase d'évaluation et d'ajustement du projet (phase 3). Nous avons également pu regrouper les participants sous trois groupes d'acteurs : les membres de la direction du SAT, les cliniciens et le personnel du secteur des approvisionnements.

Tout en construisant l'histoire du cas, la réduction des données et leur analyse continuaient à être réalisées. À l'aide d'un tableau-synthèse (voir annexe D) nous avons procédé au repérage, pour chacune des grandes phases du processus, et ce, de façon systématique, des tensions paradoxales et des stratégies de réponse des acteurs les plus apparentes. Cette étape a permis de produire un tableau schématique qui reprenait de façon chronologique toutes les tensions perçues par les groupes d'acteurs au fil des différentes phases déterminées.

La cartographie visuelle (Langley, 1999) a ensuite servi d'outil de synthèse. Nous avons effectivement pu reproduire sous forme schématique, les éléments qui ressortaient de l'analyse de contenu et qui étaient établis comme nécessaires, pour notre étude. En effet, nous avons tout d'abord subdivisé le schéma sur l'axe horizontal selon les trois phases du projet, ce qui a permis de représenter la temporalité des événements (*c.-à-d.* les actions et réactions des acteurs) qui se sont produits tout au long du projet. Nous avons ensuite représenté les trois niveaux d'acteurs, sur l'axe vertical, afin de distinguer les différentes actions et réactions des acteurs. En somme, l'évolution des différentes tensions paradoxales, des stratégies

réponse des acteurs et leur relation avec des éléments du contexte a été schématisée. La cartographie visuelle est présentée au chapitre 5.

Un repérage de « patterns » a suivi. Cette stratégie d'analyse proposée et nommée « *patterns matching logic* » par Yin (2003, p. 116), consiste en une mise en correspondance d'éléments empiriques et théoriques par récurrence. Concrètement, à partir de la description du projet produite à l'étape précédente, à partir des premiers repérages des concepts centraux et à l'aide de la cartographie visuelle, nous avons procédé à une « relecture stratégique » pour faire ressortir des correspondances théoriques dans notre contexte empirique à l'étude (Yin, 2003). Cette étape a été réalisée en se basant sur les connaissances ayant émergé d'études précédentes présentées au chapitre 2. En effet, nous avons repéré les tensions paradoxales dans chacune des phases du processus d'implantation, les acteurs qui les percevaient et leurs réactions, qui constituent les stratégies de réponse aux tensions perçues.

Cette étape a permis principalement de repérer l'enchaînement des tensions et des stratégies de réponse à différents niveaux d'acteurs, pendant le processus d'implantation du changement. Ces différents enchaînements observés seront présentés au chapitre 5 « Présentation et analyse du cas à l'étude ». Finalement, des résultats observés ont été comparés aux conclusions d'autres chercheurs. Cette partie est abordée au chapitre 6 « Discussion et conclusion.

4.4 Conformité éthique de la recherche

Pour pouvoir réaliser la collecte de données dans l'établissement participant, une demande d'approbation a été soumise à un organisme attitré pour réaliser l'évaluation éthique et scientifique du projet (voir appendice A). Nous présentons ici les principales normes éthiques auxquelles le projet de recherche a été soumis.

Tout d'abord, les entrevues ont été accompagnées d'un formulaire de consentement, qui comprenait deux parties (voir appendice B). La première partie présentait une

brève description du projet, de ses objectifs et de ses étapes de réalisation. La deuxième certifiait notamment le caractère volontaire de la participation ainsi que la confidentialité dans la cueillette et le traitement des données. Chacun des participants a attesté son consentement par une signature du formulaire.

Ensuite, nous avons veillé à assurer l'anonymat des répondants et de l'organisation à l'étude. Seule la personne-ressource en établissement et l'équipe de recherche ont eu accès à la liste des participants.

La confidentialité des données recueillies a également été respectée. L'ensemble des bandes audio (format numérique) des entrevues réalisées ont été gardées dans un endroit sûr, dont l'accès n'était permis qu'à l'équipe de recherche. L'ensemble des transcriptions des entrevues, tant dans leur version électronique qu'imprimée, ont également été conservées dans des fichiers numériques confidentiels, dont l'accès était restreint.

Enfin, les participants avaient accès aux coordonnées des chercheurs impliqués dans ce projet de recherche. Ils pouvaient à tout moment s'informer sur leur engagement en tant que participant au processus de réalisation du projet.

4.5 Rigueur scientifique de la recherche

La rigueur scientifique est à la base de la qualité des résultats dans une recherche (Noiseux, 2010). Bien que certaines mesures visant à limiter les biais aient été abordées précédemment (*c.-à-d. les* biais de sélection, les biais de désirabilité sociale, la saturation des données, etc.) en présentant la méthodologie retenue, nous abordons ici plus en détail dans quelle mesure elle répond aux principes de rigueur reconnus pour la recherche qualitative : la crédibilité (validité interne), la transférabilité (validité externe), la fiabilité et la confirmabilité (Noiseux, 2010).

4.5.1 Crédibilité (validité interne)

La crédibilité fait référence à : « l'exactitude dans la description du phénomène à l'étude vécu par les participants en fonction de la réalité interprétée ». (Noiseux, 2010). En d'autres termes, cela réfère à la capacité de la méthode employée à représenter fidèlement et de façon objective les données recueillies auprès des participants, afin de refléter adéquatement la réalité à l'étude. Pour garantir cette rigueur, nous avons appliqué des techniques reconnues, tout au long des phases de collecte, du traitement et de l'analyse des données (Noiseux, 2010).

La diversification de nos sources de données (*c.-à-d.* de entrevues et des documents) et la diversification du profil des participants aux entrevues (*c.-à-d.* des gestionnaires, des cliniciens et du personnel administratif) ont permis une certaine triangulation des résultats. Ce principe favorise une représentation fidèle du contexte à l'étude. Ensuite, le débriefing (Noiseux, 2010) a été également utilisé, et ce, à travers nos échanges réguliers sur la méthodologie, l'analyse et les résultats de la recherche avec un professeur expérimenté, tant sur le thème du changement organisationnel que sur le contexte de santé. Enfin, la vérification par les participants a également été effectuée pour renforcer la crédibilité de notre étude. Cette technique qualifiée de « *cruciale* » pour la crédibilité des recherches qualitatives par Lincoln et Guba, 1985 cités dans Creswell et Miller (2000), consiste à vérifier le compte rendu des données du chercheur avec la lentille d'un participant (Creswell et Miller, 2000). Cinq mois après la réalisation de la collecte de données, nous avons validé la trame narrative élaborée auprès d'une personne interviewées. Cette démarche a permis d'avoir une contre-vérification par une personne qui avait vécu l'ensemble des étapes du processus d'implantation du projet. Cette technique nous a permis de valider l'exactitude de ce que nous avons rapporté et d'obtenir des informations complémentaires en réponse à des interrogations apparues pendant l'analyse de données.

Au chapitre des analyses des données, nous avons également appliqué deux stratégies permettant de renforcer la crédibilité (la validité interne) des études de cas : « *le repérage de tendances, et la contre-vérification* »¹⁴ (Yin (2009, p. 34). La première consiste en des répliques latérales. Autrement dit, il s'agit de repérer des « patterns » et de les comparer entre eux. Si ceux-ci se répètent, cela renvoie à une validité interne forte. Quant à la contre-vérification, elle renvoie au même principe de *débriefing* exposé précédemment. Nous avons effectivement eu recours à la vérification de nos résultats auprès d'un expert qui est, pour notre étude, le directeur de mémoire.

4.5.2 Transférabilité (validité externe)

Ce critère, qui correspond à la validité externe dans les recherches quantitatives, renvoie à la capacité « *d'application éventuelle des conclusions tirées de l'analyse des données à d'autres contextes similaires* ». (Noiseux, 2010, p. 285).

Il existe un manque de consensus dans la littérature sur la possibilité de généraliser des résultats obtenus d'études de cas (Ayerbe et Missonier, 2007). Nous sommes conscients que l'étude dans un établissement unique vise avant tout la validité interne du phénomène à l'étude (Creswell et Miller, 2000). L'application des résultats à d'autres situations de changement est incertaine, et l'évaluation de la pertinence repose principalement sur le chercheur souhaitant utiliser les résultats dans un autre contexte. Malgré tout, la description fine du contexte à l'étude (voir annexe C) pourrait favoriser le transfert des apprentissages à d'autres milieux (Noiseux, 2010).

L'explication profonde et détaillée du phénomène à l'étude dans son milieu naturel permet une ouverture importante pour des recherches futures, ayant pour but de tester et de généraliser des liens ayant été découverts par l'étude du cas (Langley, 1999) La « *stratégie narrative* » est adéquate pour répondre à ce critère de rigueur. En effet, la

¹⁴ « ...Pattern-matching, address rival explanations... » (Yin, 2003, p. 34: traduction libre)

description détaillée de l'étude permet de comparer à d'autres milieux le contexte de l'étude, un indicateur essentiel pour la généralisation éventuelle des résultats.

4.5.3 Fiabilité

Le troisième critère associé à la rigueur scientifique est la fiabilité (fidélité). Il se rapporte à « *la stabilité et à la constance dans les résultats* » (Noiseux, 2010). Autrement dit, ce critère permet de s'assurer que la reproduction de l'étude avec les mêmes sujets et dans des conditions similaires produira les mêmes résultats pour l'étude. Ce critère est respecté, selon Noiseux (2010), par la qualité des données collectées et par la clarification du processus d'analyse des résultats. En termes de qualité des données collectées, plusieurs précautions ont été prises tout au long de cette étape. Celles-ci ont été exposées précédemment à la partie 4.2 « Source de données » : établissement de la relation de confiance, réduction des risques de désirabilité sociale, techniques communicationnelles appliquées lors des entrevues, etc. En ce qui a trait au processus d'analyse, nous avons pris soin de présenter de façon détaillée toutes les étapes de notre démarche d'analyse des données pour que ce critère soit respecté.

4.5.4 Confirmabilité

La confirmabilité vise à s'assurer de l'objectivité du chercheur et donc, que les résultats de l'étude reflètent bien les données et non le point de vue de celui-ci (Noiseux, 2010). Une des techniques favorisant le respect de ce critère réfère à la contre-vérification par un expert. Il s'agit d'une étape que nous avons effectuée tout au long de l'étude avec notre directeur de mémoire (Noiseux, 2010). Outre cette technique, l'insertion d'extraits de d'entrevues intégrales (*verbatim*) pour appuyer notre démarche analytique a également été réalisée.

CHAPITRE V

PRÉSENTATION ET ANALYSE DU CAS À L'ÉTUDE

La présente analyse a pour but de répondre à notre question de recherche, à savoir comment la mise en œuvre d'un changement visant l'optimisation s'effectuait dans le contexte d'un établissement public de santé. Tel que décrit au chapitre 4, l'analyse a été réalisée à la suite de la rédaction de l'histoire du cas (voir annexe C), de la préparation d'un tableau-synthèse, d'une cartographie visuelle et d'un repérage de « patterns ».

Les résultats seront présentés et analysés pour chacune des trois phases établies dans le projet de changement : la phase d'émergence et de planification du projet (phase 1), la phase de mise en œuvre du projet (phase 2) et la phase d'évaluation et d'ajustement du projet (phase 3). Pour chacune de ces phases, nous présenterons tout d'abord, les principaux événements et exposerons ensuite leur analyse à l'aide du cadre conceptuel élaboré. Concrètement, nous avons déterminé à chaque fois, la nature des changements planifiés et ceux finalement réalisés. Nous avons également exposé le contexte du changement en déterminant les éléments facilitants et/ou contraignants du contexte interne, ainsi que les caractéristiques des acteurs et leur influence sur le projet. Finalement, une analyse du processus a été menée, en procédant au repérage des cycles de tensions paradoxales et des stratégies de réponse des acteurs, à différents niveaux de l'organisation. Plus précisément, pour chacun des cycles de tensions et des stratégies de réponse, le type de tension paradoxale perçue a été précisé (*c.-à-d. d'organisation, de performance, identitaire et d'apprentissage*). Nous pouvons d'ores et déjà souligner que trois des quatre types ont été observés. Le

paradoxe d'*apprentissage* n'a pas été relevé dans la présente étude. Quant aux stratégies de réponse des acteurs, aux tensions perçues, seules, les stratégies d'*opposition* (c.-à-d. opposition ou menace d'un des pôles d'une tension) et de *synthèse* (c.-à-d. reconnaissance des deux pôles) ont été utilisées par les différents acteurs, dans la présente étude.

En somme, tout en décrivant et expliquant le projet de changement dans son contexte, nous verrons dans ce chapitre comment les différentes tensions paradoxales et les stratégies de réponse ont émergé et évolué tout au long du processus d'implantation du changement.

Ci-après, nous présentons la cartographie visuelle qui constitue une étape de l'analyse réalisée dans la présente étude. (voir figure 5.1)

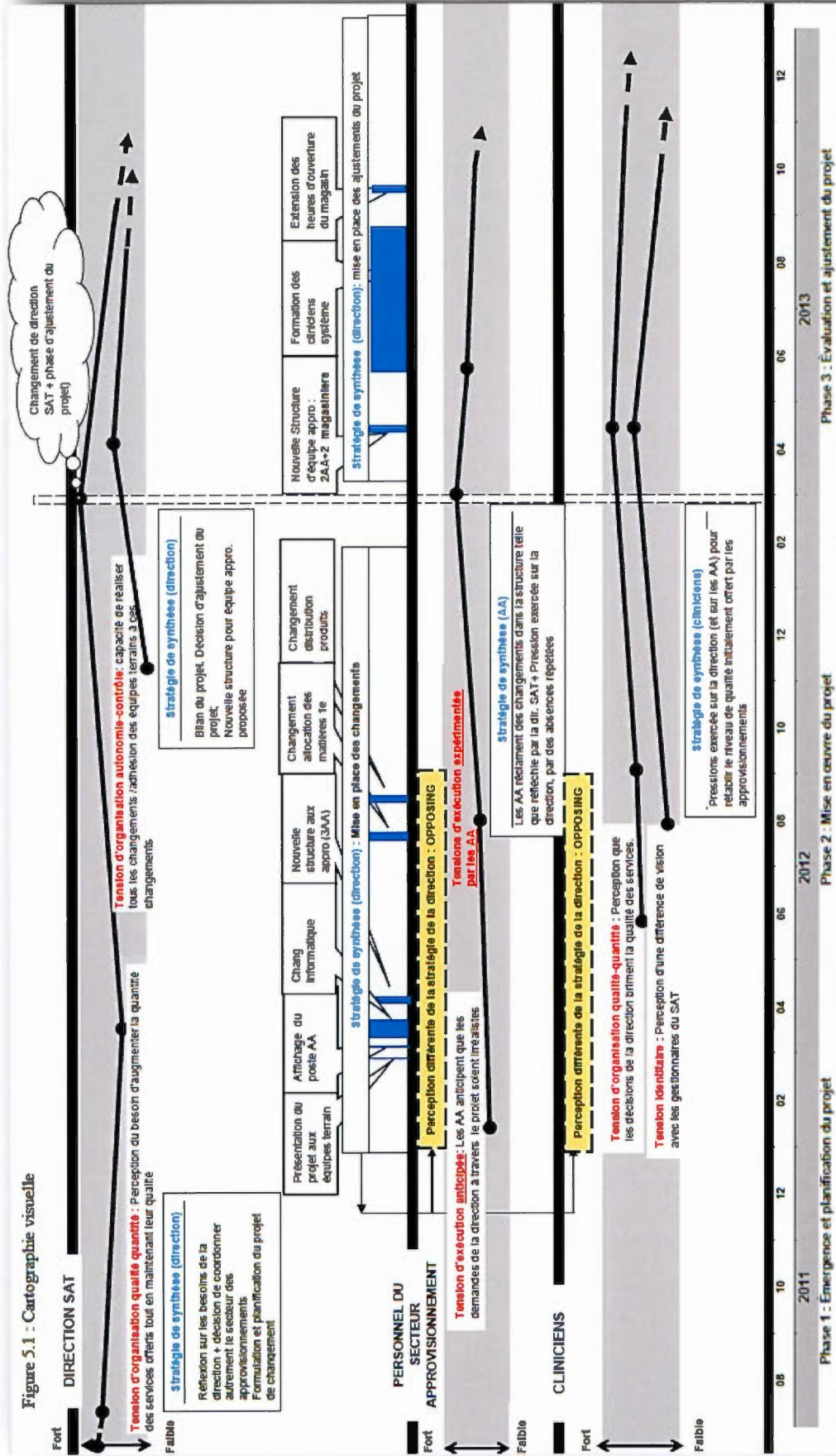
Bien que la cartographie ne soit pas exhaustive, cette dernière présente les principaux résultats de l'analyse réalisée. On y expose les principales tensions paradoxales et leur évolution, les stratégies de réponses des acteurs à ces tensions et la nature des changements mis en place, tout au long de la mise en œuvre du projet.

Pour faciliter la lecture de la cartographie, nous suggérons une consultation itérative de la cartographie et du texte, où nous présentons en détail l'analyse réalisée.

Enfin, mentionnons que la cartographie est organisée sur deux axes. L'axe horizontal représente la variable temps, divisée suivant les phases du projet. L'axe vertical, présente les trois niveaux d'acteurs impliqués dans le projet de changement : la direction du SAT, le personnel du secteur des approvisionnement et les cliniciens.

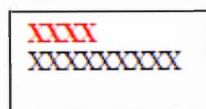
Après une courte vignette présentant le portrait de l'organisation et du cas à l'étude, nous présentons et analysons les données empiriques du cas à l'étude.

Figure 5.1 : Cartographie visuelle

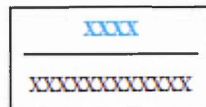




Légendes de la cartographie visuelle



Type et description de la tension perçue



Type et description de la stratégie initiée par l'acteur



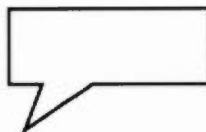
Perception différente d'une stratégie émise par un autre acteur



Perception/ Évolution d'une tension paradoxale



Espace temporel



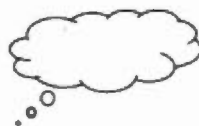
Nature du changement mis en place

FORT



Niveau d'intensité d'une tension

FAIBLE



Élément du contexte parvenu pendant l'implantation

Portrait de l'organisation participante¹⁵

L'établissement participant œuvre dans le domaine de la réadaptation physique. Sa mission est d'offrir un service sécuritaire et de qualité, en vue d'optimiser le potentiel d'autonomie de ses patients tout en contribuant à l'avancement des connaissances par la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention (source : site Web de l'établissement). La clientèle est adulte et présente des déficiences temporaires ou permanentes. La prise en charge clinique s'effectue sous différents programmes clientèle, en interdisciplinarité.

Le Service des aides techniques (ci-après SAT) de l'établissement a pour principale fonction d'offrir des aides techniques adaptées aux besoins de la clientèle. Le personnel de ce service procède à l'achat, l'ajustement et la réparation d'aides techniques variées : prothèses, orthèses, fauteuils roulants, aides à la posture et à la communication, etc. Composé de près d'une quarantaine d'employés, le SAT emploie une variété de professionnels à vocation clinique (ergothérapeutes; techniciens en positionnement; techniciens en orthèses-prothèses; mécaniciens) et non clinique (la majorité ayant le titre d'agent administratif, ci-après AA). L'équipe de direction se compose d'un directeur, d'un gestionnaire de projet et de deux chefs de service : le chef des services cliniques et le chef des services administratifs (voir figure 5.2).

Le SAT est composé de deux principaux services : clinique et administratif (voir figure 5.2). Le premier est responsable des services cliniques destinés aux usagers (ci-après les patients). Le service administratif comprend toutes les activités de soutien à la pratique clinique : secteur des approvisionnements et secteur administratif.

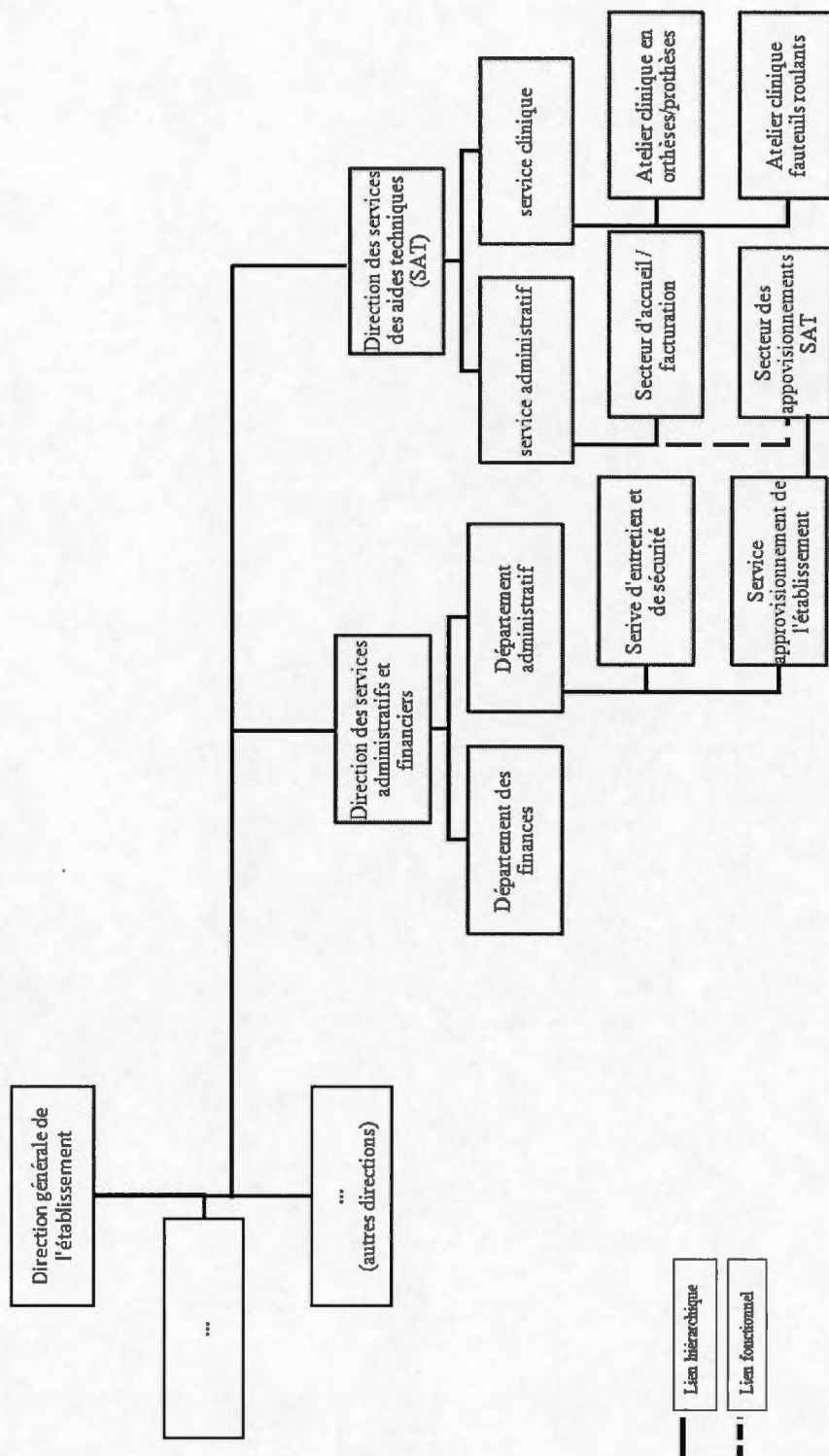
Bien que rattaché au SAT, le secteur des approvisionnements a la particularité d'être sous la responsabilité de la direction des services administratifs et financiers de l'établissement (voir figure 5.2).

¹⁵ Présentation sommaire pour conserver l'anonymat.

Le projet de changement a été réalisé au secteur des approvisionnements. Ce secteur a pour principal mandat d'approvisionner les ateliers cliniques en matières premières et en produits nécessaires pour répondre aux différents besoins des patients. Le projet à l'étude entrepris par la direction du SAT, poursuivait l'objectif d'optimiser les services connexes à la pratique clinique, dans le but d'augmenter son offre de service et d'en améliorer la qualité.

Comme nous le verrons en détail par la suite, le projet de changement consistait essentiellement à implanter une nouvelle structure d'équipe dans le secteur des approvisionnements (changement des titres d'emploi, changement des rôles et responsabilités) et à optimiser les processus de travail dans le secteur.

Figure 5.2 : Organigramme du Service des aides techniques (SAT) et représentation de la structure hiérarchique et fonctionnelle du secteur des approvisionnements



5.1 Phase d'émergence et de planification du projet (automne 2011-printemps 2012)

La phase 1 du projet, qui s'est étalée de l'automne 2011 au printemps 2012, comprend trois principales étapes : l'émergence du projet, la formulation et la planification de la mise en œuvre du projet, et l'annonce du projet de changements aux équipes cliniques et non cliniques du SAT.

5.1.1 Émergence du projet

a. Principaux événements

Le projet de changement a émergé à la suite du constat de la direction du SAT d'un besoin d'optimisation auquel le SAT faisait face (*c.-à-d.* augmenter la quantité des services avec les mêmes ressources). Cette prise de conscience a mené la direction à réfléchir sur les causes et à entreprendre un projet de changement pour y faire face.

En effet, le projet de changement à l'étude a émergé à la suite de la détermination par la direction du SAT de trois principaux enjeux. Le premier était lié à la croissance de la clientèle ambulatoire. En effet, pour absorber cette augmentation de la demande de service, une pression s'exerçait sur les équipes cliniques, afin d'éviter une augmentation des délais de traitement des patients. Autrement dit, le SAT devait composer avec une demande croissante de service, tout en maintenant la qualité et les coûts d'exploitation.

Le deuxième enjeu était lié à la qualité du service rendu au SAT par le secteur des approvisionnements. Des cliniciens du SAT se plaignaient de la lenteur et des erreurs fréquentes dans les services offerts par ce secteur. Le secteur des approvisionnements joue un rôle crucial dans le SAT, car il se situe en amont de la chaîne de production.

Enfin, le troisième enjeu est lié au fait que le secteur des approvisionnements devait être rattaché au service financier et administratif de l'établissement. L'absence d'un lien hiérarchique entre la direction du SAT et le secteur des approvisionnements a été

établie comme une limite à l'amélioration de l'organisation des services offerts au SAT. Les chefs de service du SAT éprouvaient des difficultés à améliorer le service rendu aux patients, car ils dépendaient en partie du secteur des approvisionnements sur lequel ils n'avaient pas autorité. À titre illustratif, l'organisation de l'horaire était contraignante pour les chefs de service du SAT. Lors des vacances d'été ou de fin d'année, les équipes cliniques subissaient un ralentissement de service à cause d'une réduction d'effectifs dans le secteur des approvisionnements liée au fait que plusieurs employés de ce secteur prenaient leur congé au même moment. Tel qu'expliqué par un des chefs de service du SAT ci-après, la direction du SAT faisait également face à un processus décisionnel lent puisque le service administratif et financier de l'établissement (la direction alors responsable du secteur des approvisionnements) ne faisait pas des enjeux du SAT, une priorité.

[...] l'employé ne relevait pas de nous, donc on ne pouvait pas parler à l'employé. Quand on parlait au patron ou à la personne de qui cette personne-là relevait, ce n'était pas sa priorité parce qu'il avait autre chose. Donc on n'arrivait pas à considérer le problème (Gestionnaire du SAT).

À l'automne 2011, le directeur du SAT a amorcé une réflexion sur ces enjeux, de concert avec les chefs de son service. L'amélioration de la coordination entre le SAT et le secteur des approvisionnements était considérée comme essentielle pour réaliser les améliorations souhaitées en termes de qualité et d'accessibilité de service au SAT.

À la suite de cette réflexion, le directeur du SAT a pris en charge la formulation d'un projet de changement. Il a proposé un changement visant la révision des processus de travail dans le secteur des approvisionnements. Le rapatriement du secteur des approvisionnements sous l'autorité du SAT était un préalable indispensable. Un gestionnaire du SAT explique ceci :

C'est-à-dire, qu'au départ, c'était ça [le rapatriement], et ça s'est précisé par la suite (...) une fois que c'était sous notre direction, c'était d'optimiser; donc voir de quelle manière on pourrait améliorer encore plus étant donné qu'on avait

toutes les possibilités. Améliorer nos façons de faire, en lien avec les besoins, les attentes, les requérants de ces services techniques-là (Gestionnaire du SAT).

b. Analyse (émergence du projet)

La réflexion réalisée par le directeur du SAT, en collaboration avec les chefs de service, a révélé une tension entre le besoin de répondre à l'augmentation de la demande de service et celui de maintenir la qualité des services rendus aux patients du SAT, sans ajout de ressources. Les membres de la direction du SAT ont perçu le besoin de concilier deux objectifs contradictoires, simultanément. Le premier consiste à accroître le volume du service offert au SAT. Le deuxième objectif s'apparente au besoin d'améliorer l'efficience dans le service, pour maintenir la qualité des services, à la suite de l'atteinte du premier objectif. Ce qui correspond à une tension *d'organisation quantité-qualité*.

De cette tension perçue est survenue l'intention de la direction d'entreprendre un projet de changement permettant d'améliorer à la fois la qualité et la quantité de service au SAT. En effet, à la suite de la démarche de réflexion sur les enjeux présents dans leur service, les membres de la direction du SAT avaient convenu qu'il serait opportun d'organiser autrement le travail, dans le secteur des approvisionnements. Une façon considérée comme opportune par le directeur du SAT, pour parvenir à répondre aux deux objectifs. Ce processus peut être associé à une stratégie de *synthèse*, car il traduit la volonté de la direction de trouver une nouvelle façon de concilier l'augmentation du volume de service, sans en compromettre la qualité.

Par ailleurs, la démarche de réflexion et de formulation du projet de changement réalisée par le directeur du SAT en vue de gérer la tension d'*organisation* quantité-quantité, a permis de mettre en lumière un autre besoin, celui d'améliorer la coordination entre le secteur des approvisionnements et la direction du SAT. En effet,

les membres de la direction du SAT avaient perçu une limite à leur capacité d'organiser ce secteur en fonction des besoins du SAT. Autrement dit, la direction du SAT, qui s'apprêtait à gérer sa tension perçue entre l'accessibilité et la qualité des services offerts, s'est butée à enjeu, celui du besoin d'augmenter son contrôle sur le secteur des approvisionnements, afin de pouvoir réaliser sa stratégie de réponse entamée.

En ce sens, la décision de proposer le rapatriement du secteur des approvisionnements au SAT était une façon pour la direction d'augmenter son contrôle et donc, d'acquérir une ressource supplémentaire lui permettant d'augmenter l'offre de service tout en maintenant sa qualité (stratégie de réponse *synthèse*).

5.1.2 Formulation du projet et planification de sa mise en œuvre

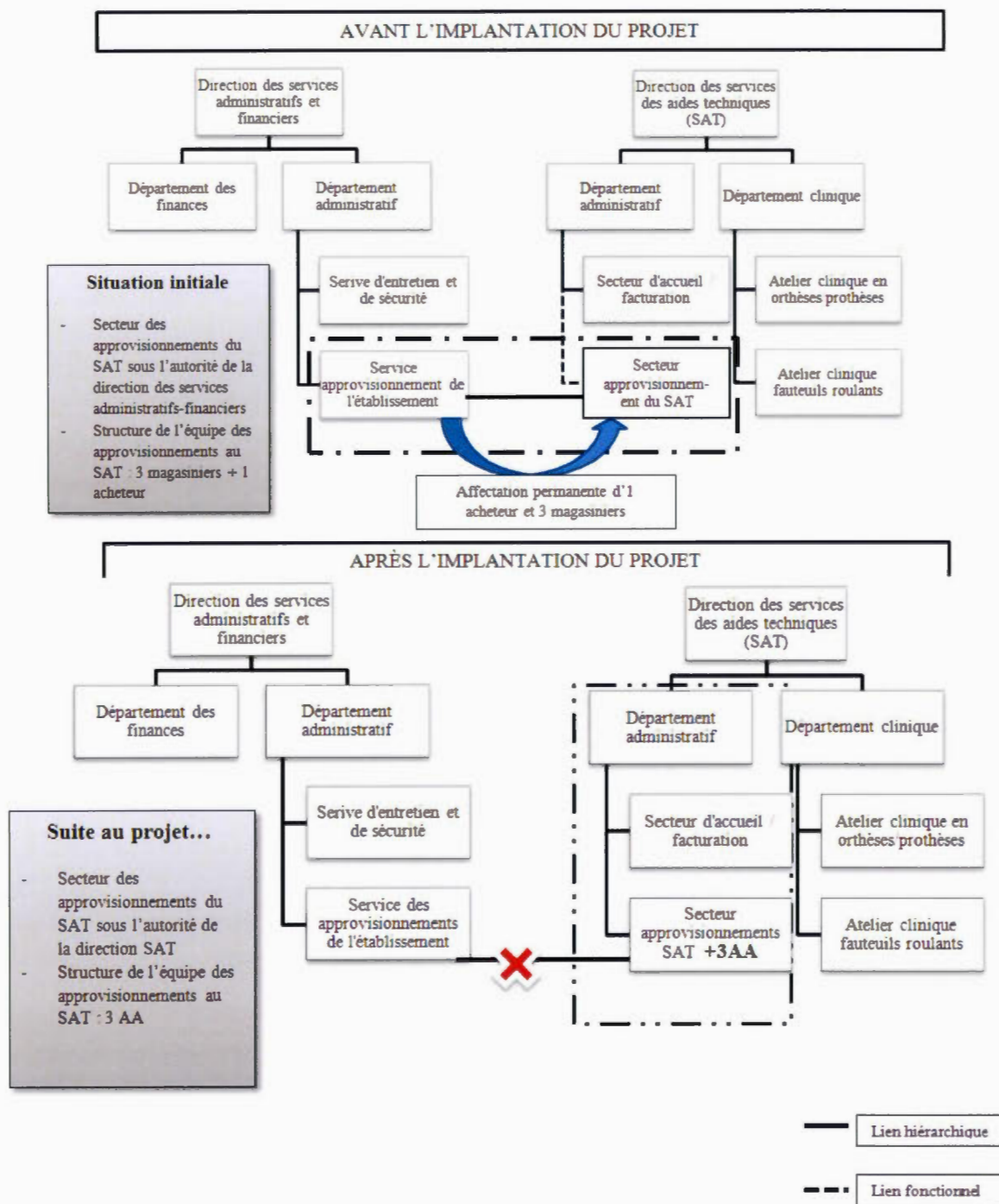
a. Principaux événements

L'optimisation du secteur des approvisionnements était donc au cœur du projet de changement. Pour le réaliser, le rapatriement du secteur des approvisionnements sous l'autorité formelle de la direction SAT était une première étape. Une fois le rapatriement réalisé, la mise en place d'une nouvelle structure d'équipe dans le secteur des approvisionnements était planifiée (voir figure 5.3). Concrètement, un changement dans les titres d'emploi et dans les rôles et responsabilités des employés du secteur était prévu. Les titres d'emploi de magasinier et d'acheteur (*c.-à-d.* les titres d'emploi dans la structure initiale) seraient remplacés par des agentes administratives (*ci-après* AA). Ainsi, les AA pourraient assurer l'ensemble des tâches du secteur. De plus, la nouvelle structure d'équipe compterait 3 AA, au lieu d'un acheteur et trois magasiniers, initialement. Cette réduction d'effectifs était du point de vue du directeur, justifiée par l'enrichissement des tâches, le changement dans le rôle des AA et le renouvellement informatique, déjà prévu dans les secteurs administratifs du SAT (*c.-à-d.* un projet déjà prévu, mais que la direction du SAT avait arrimé avec le projet de changement).

Il a été convenu que l'opérationnalisation du projet de changement serait sous la responsabilité du gestionnaire de projet travaillant en étroite collaboration avec les deux chefs du secteur administratif et clinique. La mise en œuvre du projet était planifiée pour une durée d'un an et demi. Pour le réaliser, le gestionnaire de projet et les chefs de service avaient à définir la nature de certains changements tout au long du processus de mise en œuvre. Autrement dit, une fois la nouvelle équipe des approvisionnements en place, les chefs de service devaient voir à optimiser les processus de travail.

À la suite de l'élaboration du projet, la direction du SAT l'a présenté au comité de direction de l'établissement et aux différents syndicats en place. Le projet a été adopté par le comité de direction à la fin de l'année 2011. Il a été consigné parmi les projets *Lean* qui se déployaient dans l'établissement.

Figure 5.3 : Illustration des changements planifiés dans le projet de changement au secteur des approvisionnements



b. Analyse (formulation du projet et planification de sa mise en œuvre)

La démarche de formulation et de planification du projet s'inscrit dans une continuité de la stratégie élaborée par le directeur du SAT, en réponse à la tension perçue entre le besoin d'accroître les services tout en améliorant leur qualité. Cette démarche de mise en place de la stratégie de réponse à la tension perçue peut avoir atténué quelque peu l'intensité de sa perception.

5.1.3 Présentation du projet aux équipes cliniques et non cliniques

a. Principaux événements

À la suite de l'adoption du projet, au début de l'année 2012, les membres de la direction du SAT ont rencontré l'ensemble des équipes cliniques et non cliniques pour leur présenter le projet. Présenté comme un projet en développement étalé sur plusieurs mois, le directeur a précisé que certains changements allaient être définis pendant le processus d'implantation. Néanmoins, des objectifs d'amélioration ont été présentés : amélioration du service pour le volet clinique, gain en efficacité et réduction des pertes liées à la gestion des stocks, et une meilleure organisation du service de l'approvisionnement, avec une vision intégrée des processus.

Plusieurs cliniciens rencontrés ont expliqué avoir eu une perception mitigée du projet de changement pendant la rencontre. Plusieurs anticipaient une perte de ressources et une coupe dans le service des approvisionnements, avec l'annonce de l'abolition des postes de magasiniers dont les titulaires connaissaient bien le travail :

On est parti de trois magasiniers à deux adjointes administratives pour les magasins. On avait trois magasiniers ayant de l'expérience et là, deux adjointes administratives sans expérience (Clinicien du SAT).

La modification de la structure de l'équipe des approvisionnements présentée était également perçue comme une volonté d'économiser un salaire par des AA, intéressées à constituer la nouvelle équipe au secteur des approvisionnements. Pour

certaines AA, la direction visait à réduire le nombre de personnes dans l'équipe du secteur des approvisionnements, tout en y maintenant la même productivité.

[...] Je pense qu'ils voulaient faire des coupures de postes, finalement, épargner un salaire... Ils appellent ça de la flexibilité, moi je dirai que c'est plus de la productivité par épargne : tu coupes et tu veux garder la même performance, parce qu'ils coupent des gens et ils veulent faire plus de tâches, donc, c'est ça hein! Et c'est ça qu'ils nous ont expliqué, mais dans d'autres termes (Personnel du secteur des approvisionnements du SAT).

Cette perception différente du changement créait des tensions chez les équipes sur le terrain et une certaine résistance au projet. Une des AA explique :

Déjà au début, il y avait des tensions, tout le monde résistait à ce changement, parce que dans leur tête, c'était encore une fois une coupure de personnel. Puis ils n'avaient pas tout à fait tort (Personnel du secteur approvisionnement du SAT).

De plus, lors de cette présentation, bien que les membres de la direction aient présenté la démarche en appelant à la collaboration pour la mise en place du projet, certains cliniciens ont rapporté une vision différente de l'exercice de communication organisé par la direction du SAT. Plusieurs personnes présentes à la rencontre percevaient que celle-ci visait à les informer plutôt qu'à collaborer, puisque le projet semblait déjà planifié par la direction. Un clinicien résume :

Moi, je me rappelle d'une rencontre au début, mais c'était très flou et ambigu, ce que les gestionnaires transmettaient, parce qu'au final ça vient d'en haut, de la direction [...] (Clinicien du SAT).

b. Analyse (présentation du projet aux équipes cliniques et non cliniques)

Lors de la présentation du projet, la stratégie élaborée par le directeur du SAT a été perçue par les équipes sur le terrain comme une stratégie visant essentiellement à accroître l'efficience et le volume des services au détriment de la qualité. En effet, alors que les membres de la direction présentaient le projet comme une initiative

visant à améliorer à la fois la qualité et l'accessibilité des services (une stratégie de *synthèse*), les équipes sur le terrain l'avaient plutôt perçue comme une stratégie risquant de réduire la qualité des services rendus (une stratégie d'*opposition*), puisqu'ils devaient maintenir le même niveau de service, avec moins de ressources à leur disposition.

5.2 Phase de mise en œuvre du projet (printemps 2012-automne 2013)

La phase 2 du projet a débuté en avril 2012. Le projet s'est amorcé avec l'affichage des postes d'AA, l'abolition des postes de magasiniers et la constitution de la nouvelle équipe, composée de 3 AA (voir figure 5.3 qui résume les changements réalisés dans le cadre du projet de changement). La description des rôles et responsabilités des AA présentée lors de l'affichage des postes a par ailleurs confirmé le scepticisme de départ chez certaines AA. Selon une AA interviewée, ceci confirmait l'irréalisme des demandes de la direction. Il était impossible, à leurs yeux, que trois AA puissent assumer les tâches actuellement réalisées par une équipe expérimentée de quatre personnes, tout en maintenant le même niveau de service aux cliniciens.

En avril 2012 a eu lieu l'officialisation du rapatriement du secteur des approvisionnements sous la direction du SAT, alors que le changement informatique, également prévu au SAT, avait débuté au mois de mars 2012.

5.2.1 Implantation de la nouvelle structure d'équipe au secteur des approvisionnements

a. Principaux événements

En mai 2012, la nouvelle structure de l'équipe des approvisionnements a été mise en place. À la suite des affichages de postes, trois AA ont été affectées pour assumer l'ensemble du processus d'approvisionnement du SAT. Les deux magasiniers qui ont

vu leurs postes abolis sont restés temporairement pour former les nouvelles AA et soutenir la transition.

Pour chacun des deux magasins du secteur des approvisionnements, la direction a affecté une AA. Dans leur nouveau rôle, les AA devaient assurer des fonctions liées à la gestion des commandes, des retours de marchandises, de la recherche de nouveaux produits pour les ateliers et la gestion de la relation avec les fournisseurs. Elles devaient aussi réaliser les tâches de manutention, de réception et de distribution des produits, anciennement assumées par les magasiniers.

Dès les premières semaines, l'expérimentation de la nouvelle structure dans le secteur des approvisionnements s'est avérée difficile pour les AA nouvellement nommées. Une des AA explique ci-après sa perception quant à la difficulté d'assumer son nouveau rôle :

On a fini par comprendre, en l'explorant, tu ne peux être efficace et partout comme demandé, en faisant la manutention et les commandes et la réception, surtout que dans notre cas, c'était un nouveau système [informatique] et avec des gens nouveaux... on ne pouvait pas être à 12 000 places en même temps, et on était nouvelles, donc ... même si tu veux faire ton possible, il y a une limite (Personnel du secteur des approvisionnements du SAT).

De plus, le nouveau système informatique, qui était initialement considéré par le directeur comme une ressource pour l'équipe des approvisionnements, exigeait davantage de la part des AA. En effet, l'adaptation au nouvel outil de travail s'est avérée contraignante pour elles. Les AA se retrouvaient donc dans un contexte de changements multiples, difficiles à gérer, selon ce que témoigne une d'elles, ci-après :

[...] moi je te dirais que c'était le chaos, un changement informatique avec un changement de personnel et de tâches, tout cela en même temps... les gens ne sont pas formés, ne sont pas connaissant et tu dois vivre avec trois gros changements qui sont majeurs [...] (Personnel du secteur des approvisionnements du SAT).

En réaction, les AA exprimaient au gestionnaire de projet et à leur chef de service les difficultés vécues et leur besoin de ressources supplémentaires pour parvenir à réaliser leur travail.

De leur côté, les équipes cliniques devaient aussi s'adapter aux changements qui se réalisaient dans le secteur des approvisionnements. Plusieurs cliniciens interviewés ont rapporté que la nouvelle structure de l'équipe aux approvisionnements semblait détériorer la qualité du service rendu par le secteur et attribuaient cette détérioration à la diminution des effectifs (passés de quatre à trois personnes) et à l'expérience limitée des personnes nouvellement nommées. Un des cliniciens interviewés explique:

C'était comme mettre une nouvelle équipe avec un nouveau projet, puis brasser tout ça et il faut que ça explose... Ils disent qu'elles peuvent faire autre chose, mais elles ont un travail, leur travail de 36 heures par semaine est complet, <rires> ne leur demandez pas d'aller faire autre chose [...] Donc ça nous, vu de loin, on a trouvé ça discutable. Je pense que c'est ça : pas les ressources nécessaires et en plus, l'expertise qu'on avait, avec les magasiniers est perdue [...] (Clinicien du SAT)

En effet, dès les premières semaines de l'implantation, les cliniciens du SAT constataient un ralentissement de service dans le secteur des approvisionnements, ce qui avait un impact sur leur travail. L'augmentation des ruptures de stock a été l'un des plus gros irritants. L'impact sur le travail des cliniciens était direct, comme l'ont expliqué plusieurs cliniciens :

Ça, c'était les plus grosses frictions; quand tu arrives et qu'il n'y a pas le produit. Ça, c'était inconcevable dans notre tête. Point de vue clinique et point de vue mécanique, c'était inconcevable. Le magasin a un produit en inventaire, il devrait toujours l'avoir en inventaire. À moins d'une catastrophe au niveau du manufacturier ou du distributeur, mais nous, si on est capable d'en avoir, il faut en avoir. C'est juste pour ça (Clinicien du SAT).

[...] parce que nous, on ne peut pas dire aux patients : "ah, on s'excuse, on n'a plus de colle pour réparer votre prothèse". On a l'air de quoi? (Clinicien du SAT).

Bien ç'a eu un impact avec quoi on allait travailler. Exemple : s'il y avait une matière première qui n'avait plus, je ne pouvais même pas préparer ou ajuster ma prothèse parce qu'il n'y a plus de fibre de verre. La prothèse est cassée, c'est déjà arrivé, la prothèse du client est craquée, on a besoin de la réparer et il n'y a plus de fibre de verre. Qu'est-ce qu'on fait? Il n'y a plus de colle pour coller, mais qu'est-ce qu'on fait? (Clinicien du SAT)

Les causes de ces ruptures de stock étaient multiples. Mais les principales étaient, d'une part, que les produits commandés par les cliniciens n'étaient pas traités immédiatement, puisque les AA n'y parvenaient pas. D'autre part, le renouvellement du système informatique alourdissait les tâches des AA qui, en plus des tâches habituelles, devaient refaire l'ensemble des codes de produits en inventaire pour les intégrer au nouveau système.

En réaction, les cliniciens ont exercé une certaine pression sur l'équipe des approvisionnements pour accélérer la livraison des produits de façon à leur permettre d'offrir un service jugé adéquat pour leurs patients. Ils s'assuraient donc de lui rapporter par tous les moyens, toutes les problématiques qu'ils vivaient au quotidien.

[...] quand il y avait quoi que ce soit, on écrivait un courriel au responsable du projet, ou on l'appelait, il nous répondait, s'il n'avait pas la réponse, il vérifiait dans la même journée ou nous rappelait le lendemain parfois (Clinicien du SAT).

Ils se faisaient déranger beaucoup, le gestionnaire de projet (...) il devait être tanné aussi parce que d'abord un problème c'est une personne, mais quand tu en as 25 problèmes pour chaque personne; parce que tu avais plusieurs qui frappaient à sa porte [...] (Clinicien du SAT)

Pour les cliniciens, il y avait une intention de démontrer aux gestionnaires l'impact des changements considérés inacceptables sur leur travail et par conséquent, sur le service rendu aux patients.

[...] c'est parce qu'il faut que le département fonctionne aussi, ce n'est pas parce qu'on implante quelque chose qu'on arrête tout. Souvent les gestionnaires ne sont pas toujours là, ils ne sont vraiment pas toujours là. Ils travaillent à l'extérieur de nos murs [...] Donc vraiment, il faut aller cogner quand ils sont là. » (Clinicien du SAT)

b. Analyse (implantation de la nouvelle structure d'équipe au secteur des approvisionnements

L'expérimentation de la nouvelle structure d'équipe (*c.-à-d.* 3 AA au lieu de 3 magasiniers et 1 acheteur) par les AA ne faisait que confirmer leur appréhension de départ et provoquait une tension *de performance* liée à la perception d'une présence de demandes contradictoires. En effet, les AA éprouvaient de la difficulté à assumer toutes les tâches initialement assumées par deux titres d'emploi, tout en maintenant le même service aux cliniciens. De plus, l'adaptation au nouveau système informatique les contraignait davantage, alors que les AA devaient se familiariser avec l'outil tout en assumant toutes les autres tâches auxquelles elles étaient assignées. En somme, elles devaient répondre aux nouvelles responsabilités du poste avec moins de ressources (*c.-à-d.* moins d'effectifs, outil de travail non maîtrisé) tout en maintenant la qualité du service rendu aux cliniciens.

De leur côté, les cliniciens percevaient que les changements qui s'opéraient dans le secteur des approvisionnements risquaient de compromettre la qualité des services offerts aux patients. Ils se voyaient, de ce fait, contraints de tenter de s'organiser autrement pour atténuer les effets des changements sur la qualité des services rendus aux patients. Cette situation s'apparente à la perception d'une tension *d'organisation quantité/qualité* par les cliniciens du SAT.

Notons, d'autre part, que ce contexte de changement a rendu saillante une autre tension liée aux identités des groupes dans l'organisation. En effet, les cliniciens percevaient que les membres de la direction omettaient de voir les conséquences des changements sur la qualité des services offerts aux usagers, ce qui était injustifiable de leur point de vue. Une tension *identitaire* entre eux et la direction du SAT était alors perçue chez certains cliniciens, en ce qui a trait à la valeur accordée à la qualité des services.

En réaction, les stratégies de réponse aux tensions perçues par les équipes cliniques et non cliniques ont varié. De leur côté, les AA exprimaient au gestionnaire de projet et à leur chef de service les difficultés vécues et leur besoin de ressources supplémentaires. Une façon de gérer la tension perçue qui semble correspondre à une stratégie de *synthèse*, car le processus visait à leurs yeux à préserver tant la qualité que l'efficience.

Quant aux cliniciens, ils avaient réagi en mettant de la pression sur le gestionnaire du projet et sur l'équipe du secteur des approvisionnements pour les inciter à considérer davantage la qualité des services offerts. Autrement dit, il y avait là une volonté de la part des cliniciens de rétablir le niveau de qualité perçu comme ayant été détérioré par les changements mis en place. La réaction des cliniciens pourrait donc aussi s'apparenter à la stratégie de réponse *synthèse* face aux tensions qu'ils percevaient : la tension *d'organisation* entre la qualité et la quantité du service rendu aux patients et la tension *identitaire* entre leur conception du niveau de qualité à maintenir et celle de la direction.

5.2.2 Nouvelle approche de communication de la direction avec le secteur des approvisionnements

a. Principaux événements

À la suite de l'expérimentation des changements mis en place et de la réaction des équipes cliniques et non cliniques, le gestionnaire de projet a réagi en organisant plusieurs rencontres d'équipe au secteur des approvisionnements. Malgré les difficultés rencontrées dans la nouvelle structure proposée, ce dernier rappelait régulièrement que le projet était en construction et l'importance de la collaboration pour en améliorer l'implantation à l'équipe des approvisionnements, comme l'a expliqué une AA :

[...] On a eu quelques rencontres de secteur et en fait, parfois, formelles, d'autres fois non, on tentait d'avancer malgré tout cela, il fallait rester dans l'optique qu'on était une équipe, qu'on devait travailler ensemble, en amélioration et au développement du projet, que ce n'était pas coulé dans le béton, et ça, le gestionnaire de projet nous l'a dit plusieurs fois, et je pense que ça a aidé, parce que nous on était dedans, et on se disait que ça n'avait aucun sens, le fait de le présenter comme un projet, on se disait qu'on pouvait changer des choses et donc, on devenait plus ouverts à l'idée. » (Personnel du secteur des approvisionnements du SAT).

Pour le gestionnaire de projet, le fait de favoriser la découverte de la réalité des approvisionnements à partir d'information provenant de la base s'inscrivait dans une perspective de développement du projet. Il demeurait donc à l'écoute des préoccupations et ouvert aux suggestions faites par les employées, selon lui :

Je ne pouvais pas prétendre être capable de le faire tout seul, non. Nécessairement, le seul volet où je pouvais m'impliquer en étant sur le terrain, c'était de prendre des notes et voir, essayer de régler le plus possible les irritants qu'on vivait tous, toujours, tous les jours, au quotidien. Apprendre le plus possible, essayer de mettre tout par écrit, c'est ce que j'ai fait pendant cette période de transition-là et dans les mois qui suivaient. C'est comme ça que je le vois, avec le recul (Gestionnaire SAT).

Cette implication dans le développement du projet a atténué quelque peu les inquiétudes chez certaines AA, qui percevaient des possibilités d'améliorations. Selon une des AA, l'ouverture du gestionnaire de projet aux suggestions venues du terrain et leur implication dans la formulation d'ajustements au projet, avaient rassuré les AA du secteur des approvisionnements.

b. Analyse (nouvelle approche de communication de la direction avec le secteur des approvisionnements)

Les stratégies de réponse aux tensions perçues par les équipes terrain ont à leur tour fait réagir le gestionnaire de projet. Ce dernier a réagi en démontrant de l'écoute et une ouverture à la collaboration des AA au développement du projet. L'intention du gestionnaire était d'en savoir plus sur les contraintes vécues, dans une perspective d'ajustement des demandes conférées aux AA par la direction. Une façon pour lui, de soutenir les AA dans la gestion de leur tension perçue : la tension *de performance*. La réaction du gestionnaire de projet peut correspondre à une stratégie de *synthèse* à la tension perçue par les AA, car elle visait à trouver des ajustements face à l'incapacité des AA à réaliser l'ensemble des tâches exigées par la nouvelle structure d'équipe, *c.-à-d.* l'incapacité des AA à assurer l'efficacité des services aux cliniciens en maintenant la qualité.

5.2.3 Changement dans l'allocation des matières inventoriées et dans la distribution des commandes

a. Principaux événements

Deux changements ont été apportés à l'allocation des produits commandés et inventoriés. S'inscrivant dans une perspective d'optimisation des processus de travail, ces changements avaient été mis de l'avant par le gestionnaire de projet, pour également répondre aux difficultés rencontrées par les AA dans l'exécution de leur travail.

Le premier changement réalisé à l'été 2012 concernait l'instauration d'un plus grand contrôle sur les sorties en magasin des matières inventoriées au secteur des approvisionnements. Les cliniciens ne pouvaient plus se servir eux-mêmes en l'absence d'une AA. En effet, les AA devaient dorénavant servir les cliniciens et les portes du magasin devaient être fermées en leur absence, pendant les pauses ou en dehors des heures d'ouvertures du magasin.

Le deuxième changement apporté ciblait la distribution des produits commandés par les cliniciens. À l'automne 2012, le gestionnaire de projet a instauré une nouvelle façon de distribuer les produits commandés par les cliniciens. En collaboration avec l'équipe du secteur des approvisionnements, le gestionnaire du projet avait en fait aménagé des casiers au quai de réception pour les équipes cliniques. Les AA devaient dorénavant y placer les produits commandés par les cliniciens, au lieu de faire la navette quelques fois par jour pour aller distribuer les commandes livrées dans les ateliers.

Selon le gestionnaire de projet, ces deux changements permettaient d'optimiser les processus de travail, mais également de diminuer la quantité de tâches que les AA assumaient. Ces deux changements avaient par ailleurs émergé en concertation avec les AA du secteur des approvisionnements.

Ces deux changements ont été mal accueillis par les cliniciens. Plusieurs les considéraient comme contraignants pour leur travail. Le fait de se déplacer vers le grand magasin pour récupérer leurs commandes, dépendre des AA pour se procurer le matériel nécessaire et retourner à leurs tâches au moment qui leur convenait était pour eux, un inconvénient majeur.

Pour certains cliniciens rencontrés, ces changements étaient une conséquence de la nouvelle structure d'équipe au secteur des approvisionnements, qui ne permettait plus d'offrir le même niveau de service. Pour eux, la direction, qui avait réduit le nombre

d'effectifs au secteur des approvisionnements, leur transférait un travail autrefois assumé par ce secteur :

Ben, le but pour la direction avec ce changement, c'est de faire perdre le moins de temps aux appro pour qu'ils puissent commander, facturer, ouvrir des boîtes, faire leur travail plus facilement et rapidement. Mais ça nous a donné une tâche supplémentaire. (Clinicien du SAT).

Ils nous rajoutaient des petites tâches et quand les agentes administratives refusaient de faire quelque chose, ils nous demandaient de le faire. Pour nous, c'est toujours une petite chose de plus à faire au quotidien (Clinicien du SAT).

On ne pouvait pas attendre 20 minutes que la personne revienne, ouvre les deux portes et vienne nous servir, c'est un 15 minutes, mais ajoutons cinq minutes, ça a donc 20 minutes de perdues dans notre travail (Clinicien du SAT).

La détérioration du service rendu par le secteur des approvisionnements et la perte d'efficacité dans le travail étaient encore une fois au centre des préoccupations des cliniciens :

Pour moi, je perds du temps, je perds du travail en même temps et le patient n'a pas le 100 % de moi à ce moment-là, c'est plus ça que je trouve ça négligeant de notre part (Clinicien du SAT).

Par ailleurs, certains cliniciens ont décrit un impact de ces changements sur leur rôle et sur le sens de leur travail :

On fait des choses qu'on n'est pas censés faire. Ils vont couper sur le personnel, tout à l'heure ils vont nous faire facturer les bons de travail. On en fait beaucoup..., ça fait 27 ans que je suis ici, avant ça j'étais payé pour faire de la prothèse, maintenant je vais livrer des marchettes, faire plein de choses que je ne suis pas payé pour [...] (Clinicien du SAT).

Ils ne finissent pas de nous demander des choses à faire en dehors de ce pourquoi on est payé, après ça, devient un droit acquis pour eux. Puis de l'autre côté... nous, je pense qu'on est fatigué de se battre [...] (Clinicien du SAT).

Bien que les cliniciens aient exprimé leurs insatisfactions auprès de du chef clinique et du gestionnaire de projet, les deux changements concernant l'allocation des matières inventoriées et la distribution des produits et ont été maintenus.

Dans la perspective des membres de la direction du SAT, ces changements vont dans le même sens que la vision d'optimisation des processus prévue. À leur avis, l'effort demandé aux cliniciens ne pouvait entraver leur travail autant qu'ils le prétendaient. La réticence des cliniciens a par ailleurs surpris plusieurs membres de la direction qui ne s'attendaient pas à une telle réaction.

Ç'a soulevé beaucoup de frustrations. Pour beaucoup de gens, ç'a été beaucoup plus difficile qu'on pensait à l'accepter [...] (Gestionnaire du SAT)

b. Analyse (changement dans l'allocation des matières inventoriées et dans la distribution des commandes

Selon la perception du gestionnaire de projet, les deux changements réalisés concernant l'allocation des produits s'inscrivaient dans la continuité des objectifs fixés lors de la planification du projet (*c.-à-d.* la continuité de la stratégie de *synthèse* pour la tension d'organisation qualité-quantité par la direction du SAT). Ces changements avaient par ailleurs pour but de soutenir les AA à faire face aux demandes qu'elles percevaient contradictoires, d'assumer toutes les tâches du secteur et maintenir la qualité des services (tension *de performance*). En effet, ayant été formulés avec la collaboration des AA, ces changements étaient du point de vue du gestionnaire de projet, une façon d'accommoder les AA pour qu'elles puissent assumer leur rôle tout en maintenant la qualité des services aux cliniciens.

Ces deux changements ont toutefois accentué la tension d'*organisation* perçue précédemment par les cliniciens qui tentaient de s'organiser autrement pour atténuer les effets négatifs du changement sur la qualité des services rendus aux patients. En effet, ces changements ont été perçus par plusieurs cliniciens comme étant

contraignants pour leur travail et davantage une coupe dans le service rendu par le secteur des approvisionnements.

5.3 Phase d'évaluation et d'ajustement du projet (automne 2013-hiver 2014)

La phase 3 comprend l'étape du bilan de mi-implantation, que le gestionnaire de projet, en collaboration avec les chefs de service, avait réalisé pour évaluer les effets d'implantation du projet, depuis le début de sa mise en œuvre. Cette phase comprend également les ajustements apportés au projet à la suite de ce bilan.

5.3.1 Bilan du projet après sept mois d'implantation

a. Principaux événements

Après sept mois d'implantation, l'insatisfaction des cliniciens face aux effets des changements jusque-là implantés est toujours présente. Plusieurs d'entre eux percevaient que les changements étaient sans fin, qu'ils s'imposaient à eux petit à petit sans qu'ils soient consultés et qu'il y avait un manque de direction claire dans le projet.

[...] On n'a jamais plus vu le début et la fin des différentes étapes, c'était de l'essai/erreur, et nous, on devait s'ajuster. Ils nous disaient à chaque fois qu'on devrait être patients, mais on ne voyait pas la fin (Clinicien du SAT).

Les changements étaient imposés petit à petit, on n'était pas au courant des changements qu'ils voulaient mettre en place ni des délais (Clinicien du SAT).

Un des cliniciens rencontrés a affirmé que le contexte de travail était devenu difficile et que les différentes équipes étaient, selon certains, fatiguées, démotivées et irritées.

Bien ça grognait, les gens perdaient patience, étaient moins motivés, fatigués. Ça amenait de la fatigue au niveau des équipes. Puis de la colère [...] (Clinicien du SAT)

Du côté des AA, l'implication de certaines d'entre elles dans la formulation de certains changements n'a pas permis d'atténuer leurs tensions et d'assumer toutes les

responsabilités liées à leur poste. Les améliorations, selon plusieurs AA, étaient lentes et le climat de travail difficile. Les AA ont finalement adressé à la direction une demande d'ajout de ressources, qui était selon elles, la seule solution pour assumer à la fois toutes les tâches dans leur secteur et maintenir la qualité des services aux cliniciens.

[...]Après l'essai, de six, sept mois, on a fait des demandes à la direction pour qu'on ait [une autre personne] à temps plein, dans les magasins [...] pour qu'on soit capables de finir les tâches qu'on commençait. Parce qu'avant ça, ça ne pouvait être faite (Personnel du secteur des approvisionnements).

Dans ce contexte, le gestionnaire de projet a réagi en amorçant, en décembre 2012, une évaluation des changements jusque-là mis en œuvre. Cette évaluation, qui s'est effectuée en collaboration avec les chefs de service du SAT, coïncidait avec le changement, en janvier 2013, de directeur du SAT. Un contexte qui a été considéré par les chefs de service comme l'occasion de proposer une autre voie au projet de changement.

À la suite d'une concertation dans l'équipe de direction, le gestionnaire de projet et les chefs de service sont parvenus à plusieurs constats. Premièrement, ils considéraient qu'il était difficile d'avoir une équipe complète, formée et stable pour plus de trois semaines au secteur des approvisionnements, principalement à cause des absences répétées des AA. Deuxièmement, quoique viable à court terme, la structure de l'équipe des approvisionnements semblait très fragile à long terme, puisque les AA étaient dans l'incapacité à réaliser toutes leurs tâches. De plus, depuis la mise en place du projet de changement, de l'insatisfaction et de l'opposition ont été exprimées par les différentes équipes sur le terrain. Le climat de travail est devenu difficile et le sentiment de dévalorisation exprimé par les AA était saillant. Du point de vue du gestionnaire de projet, les absences répétées enregistrées au secteur des

approvisionnement correspondait à un moyen de pression des AA et ainsi, allait à l'encontre du projet.

Au final, le gestionnaire de projet et les chefs de service sont parvenus à la conclusion que les objectifs du projet pouvaient difficilement être atteints en maintenant la même structure d'équipe aux approvisionnements. Il y avait, selon eux, plusieurs indicateurs mettant en lumière les limites de certains changements implantés dans le cadre du projet.

b. Analyse (bilan du projet après sept mois d'implantation)

L'expression par les AA et les cliniciens des tensions vécues a conduit le gestionnaire de projet et les chefs de service à mener une réflexion sur les changements jusque-là réalisés. Le bilan a permis de confirmer les tensions exprimées par les différentes équipes sur le terrain et d'en déterminer les causes.

Pour la direction du SAT, le bilan semble avoir rendu saillante une autre tension d'*organisation* entre l'autonomie et le contrôle permettant une coordination optimale, au secteur des approvisionnements du SAT. En effet, initialement, la direction du SAT avait rapatrié le secteur des approvisionnements pour disposer du contrôle nécessaire pour le réorganiser. Si la nouvelle structure a permis de mettre en œuvre des changements, l'incapacité du personnel du secteur des approvisionnements à fonctionner comme prévu par la direction, a révélé une limite au contrôle de la direction du SAT. En d'autres mots, la direction du SAT a pu modifier la structure d'équipe du secteur des approvisionnements maintenant sous sa gouverne, mais elle n'a pas été en mesure d'imposer aux AA du secteur des approvisionnements de réaliser à la fois l'ensemble des tâches, sans compromettre la qualité du service rendu aux cliniciens.

Par ailleurs, les membres de la direction ont reconnu que le projet de changement parvenait à peine à répondre aux objectifs organisationnels initialement établis :

augmenter l'offre de service avec les mêmes ressources, tout en maintenant la qualité. Autrement dit, le projet de changement, comme une stratégie de réponse à la tension de départ, n'a pas eu l'effet escompté.

5.3.2 Mise en place des ajustements souhaités suite au bilan réalisé

a. Principaux événements

En janvier 2013, il y a eu officiellement un changement de direction au SAT. Dès l'entrée en poste du nouveau directeur, les gestionnaires ont présenté le bilan et les ajustements à apporter au projet. Concrètement, une modification dans la structure et l'organisation de l'équipe des approvisionnements était considérée comme nécessaire. À la suite d'une lecture du bilan, le nouveau directeur s'en est remis au jugement de ses chefs intermédiaires et a appuyé leurs propositions. Une fois les vérifications nécessaires effectuées auprès des différentes instances de l'établissement, les gestionnaires du SAT étaient prêts à mettre en œuvre les ajustements souhaités au projet.

Concernant la structure, les gestionnaires avaient conclu qu'une structure composée de deux magasiniers et deux AA (au lieu de 3 AA) serait plus appropriée pour assurer adéquatement toutes les tâches liées au secteur des approvisionnements (voir figure 5.4 ci-après).

Figure 5.4 : Évolution de l'équipe du secteur des approvisionnements dédiée au SAT



Cette nouvelle structure devait en plus permettre d'améliorer le service aux cliniciens, y compris la possibilité de prolonger les heures d'ouverture du magasin près des ateliers cliniques, un autre changement que la direction souhaitait mettre en place.

En quelques semaines (janvier 2013), le SAT a procédé au changement de structure au secteur des approvisionnements (voir figure 5.5 ci-après). Deux magasiniers de l'établissement ont été transférés au SAT. Ils devaient désormais s'occuper des tâches liées aux services en magasin. Quant aux AA, elles avaient à assumer les autres rôles dans le processus d'approvisionnement (achats de produits, gestion des retours, gestion de la relation avec les fournisseurs, etc.). L'équipe des approvisionnements était composée dès lors, de deux AA et deux magasiniers.

Deux mois après la mise en place des ajustements à la structure d'équipe au secteur des approvisionnements (*c.-à-d.* en mars 2013), un premier sondage a été mené par le gestionnaire de projet auprès des cliniciens. Il souhaitait, dans un premier temps, évaluer leur satisfaction à l'égard de la gestion des stocks et de l'espace d'entreposage. Dans un deuxième temps, des améliorations pouvaient être suggérées par ces derniers, dans une optique d'amélioration du service rendu par le secteur des approvisionnements. Environ 50 % des cliniciens avaient répondu au questionnaire. Selon le gestionnaire de projet, les réponses au sondage ont révélé un taux élevé de satisfaction par rapport à la nouvelle façon de fonctionner et au service rendu par le secteur des approvisionnements. Malgré tout, des insatisfactions demeuraient au chapitre de la localisation des produits et des ruptures de stock encore trop fréquentes.

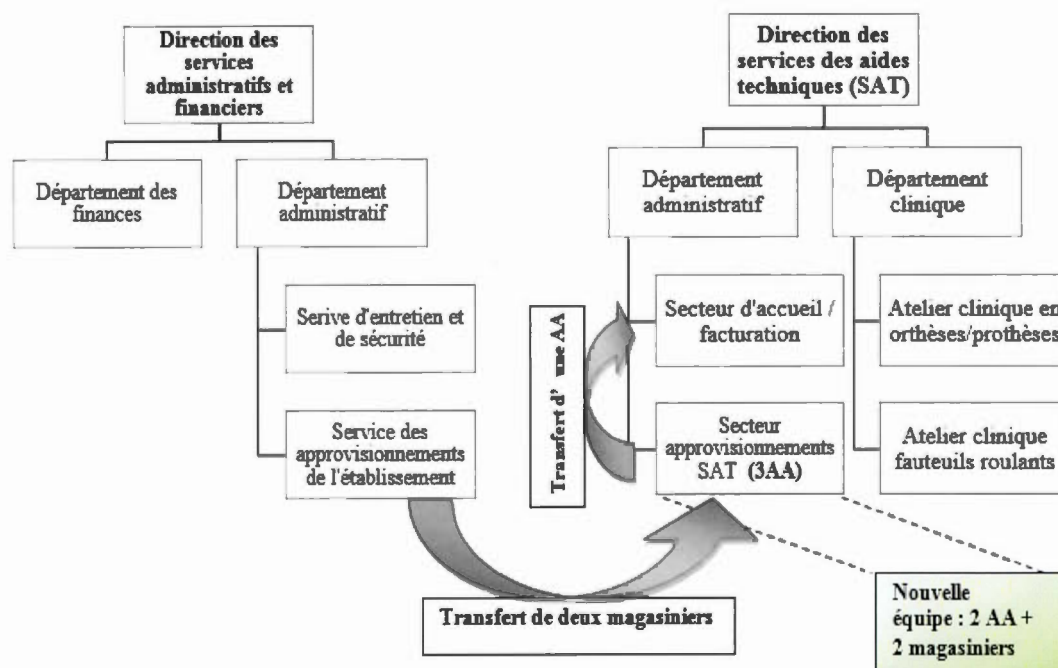
L'initiation des cliniciens au nouveau système informatique a été réalisée. La formation s'est échelonnée du mois de mai au mois de septembre 2013. Les cliniciens devaient dorénavant commander les produits directement par le nouveau système, ce qui devait éviter aux AA de retranscrire manuellement les commandes passées par les cliniciens.

Finalement, dans une optique d'amélioration du service aux ateliers cliniques, les heures d'ouvertures du magasin des matières inventoriées ont été prolongées. La direction avait instauré un nouvel horaire au secteur des approvisionnements. L'horaire des magasiniers avait été maintenu : de 8 à 16 h, mais le magasin était ouvert de 7 h 30 à 16 h 30. Les AA avaient en fait à assurer l'ouverture et la fermeture de celui-ci, en remplaçant les nouveaux magasiniers avant leur arrivée et après leur départ. Ce changement avait pour objectif d'augmenter l'accessibilité au magasin pour les cliniciens.

À la fin de la période étudiée (*c.-à-d.* en avril 2014), plusieurs changements ont été réalisés. En termes des changements qui ont été implantés, la structure de l'équipe des approvisionnements était considérée plus stable par le gestionnaire de projet, alors que chacun semblait avoir intégré son nouveau rôle. Une meilleure gestion des stocks et un meilleur contrôle des retours ont été également constatés par le gestionnaire de projet. Enfin, l'outil informatique est pratiquement utilisé par tous. La stabilité de l'équipe au secteur des approvisionnements est considérée par le gestionnaire de projet comme un objectif atteint. Ceci lui permet d'anticiper la possibilité de bâtir une vision d'amélioration continue.

Le projet s'est officiellement terminé en septembre 2014. Le gestionnaire de projet souhaitait mettre en place des mécanismes pour assurer la pérennité des changements mis en place

Figure 5.5 : Illustration de l'ajustement réalisé dans la structure d'équipe dans le secteur des approvisionnements



b. Analyse (mise en place des ajustements souhaités suite au bilan réalisé)

Les membres de la direction du SAT se sont aperçus de la difficulté à répondre à l'objectif d'augmenter le volume de service et de maintenir simultanément la qualité, sans ajout de ressources.

Ce constat a mené les membres de la direction à apporter un ajustement au projet consistant principalement en l'ajout de ressources dans les équipes sur le terrain. Au secteur des approvisionnements, cela s'est traduit par une augmentation du nombre d'effectifs : de 3AA à 2AA et 2 magasiniers. Pour les équipes cliniques, la formation sur le nouveau logiciel avaient pour but de soutenir les cliniciens dans leur travail. La modification des heures du magasin a consisté enfin en une modification visant l'efficience, puisque la direction est parvenue, avec les mêmes ressources, à augmenter la qualité du service rendu par le secteur des approvisionnements aux cliniciens.

Pour résumer, le projet étudié a été initié suite à une tension entre l'amélioration de la qualité et de la quantité de service (tension *d'organisation*), perçue par la direction du SAT. Alors que les membres de la direction souhaitaient répondre à cette tension, une réflexion sur les causes et une stratégie pour y répondre a été amorcée. Un projet de changement optimisant le secteur des approvisionnements devait être mis en place. Lors de la formulation du projet, la direction réalisait qu'elle devait augmenter son contrôle sur le secteur des approvisionnements pour pouvoir mettre en place le projet et gérer ainsi sa tension perçue. Le rapatriement du secteur des approvisionnements était donc, aux yeux de la direction du SAT un impératif, pour pouvoir mieux organiser le secteur et, par conséquent, gérer sa tension *d'organisation* entre la qualité et le volume de service offert au SAT.

À l'annonce du projet, les équipes sur le terrain ont perçu que la stratégie de la direction menaçait la qualité des services. Selon plusieurs témoignages, la réduction du nombre d'effectifs (passer de quatre à trois AA sans expérience) allait causer selon eux, une détérioration de la qualité des services rendus par le secteur des approvisionnements.

Les AA nommées à la suite de l'affichage de poste avaient perçu, dès l'affichage des postes d'AA, que la nouvelle structure d'équipe proposée dans le projet de changement était irréaliste. Elles avaient par ailleurs confirmé leur appréhension à la suite de l'expérimentation des changements implantés, alors qu'elles avaient perçu une tension entre les demandes de la direction qu'elles considéraient contradictoires. Assumer plus de responsabilités tout en maintenant le niveau de service était, selon elles, irréaliste.

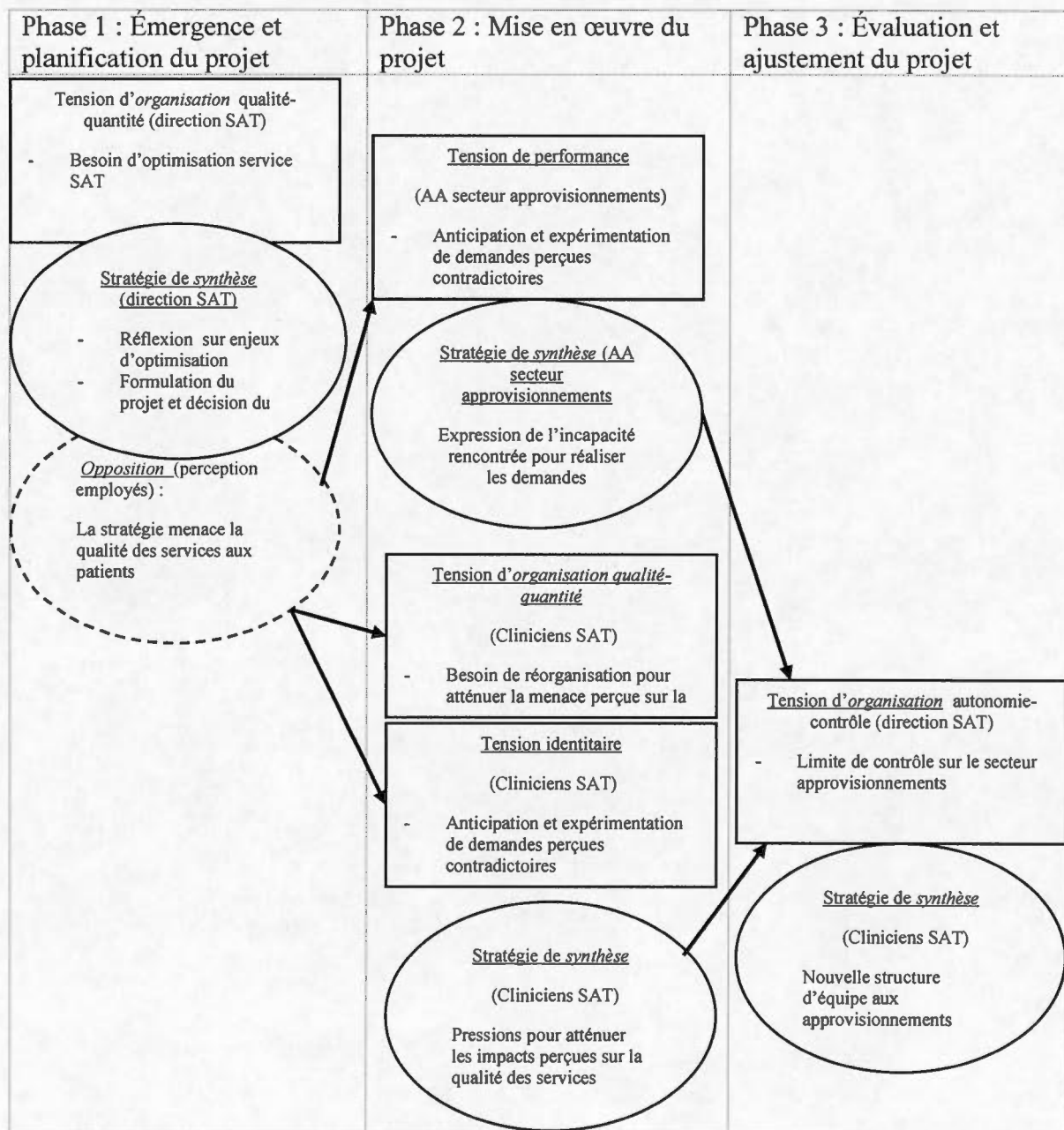
L'expérimentation des changements n'a pas atténué les préoccupations des équipes sur le terrain. Pour les AA, la tension anticipée s'est matérialisée, puisqu'elles ne parvenaient pas à répondre aux exigences de la nouvelle structure de poste proposée par la direction. Dans ce contexte, les cliniciens se voyaient affectés par les failles de

fonctionnement de la structure implantée au secteur des approvisionnements, ce qui les a contraints à organiser leur travail autrement pour maintenir un niveau de service aux patients qui étaient, à leurs yeux, acceptable.

Dans ce contexte, les équipes sur le terrain ont exprimé leur insatisfaction face à des changements qui ne répondaient pas, de leur point de vue, aux besoins réels du service. Après sept mois d'implantation, la direction du SAT a réalisé que certains ajustements au projet de changement étaient nécessaires. À ce stade, une autre tension est devenue saillante pour la direction. Celle-ci se voyait limitée dans son contrôle du secteur des approvisionnements (tension d'autonomie-contrôle).

Des ajustements au projet ont été finalement apportés au projet de changement. L'ajout d'une ressource au secteur des approvisionnements (changement de structure qui passe de trois à quatre postes), le prolongement des heures d'ouverture du magasin, l'expérience acquise des AA au secteur et la formation des cliniciens au nouveau système informatique avait finalement atténué certaines tensions perçues tant par l'équipe du secteur des approvisionnements que par plusieurs cliniciens avec qui ils sont liés.

Figure 5.6 : Tensions et stratégies déployées par les acteurs par phase du projet



CHAPITRE VI

DISCUSSION DES RÉSULTATS

La présente recherche avait pour objectif de mieux comprendre comment la mise en œuvre d'un changement visant l'optimisation s'effectuait dans le contexte d'un établissement public de santé. Plus précisément, la recherche visait à mieux comprendre les défis auxquels font face les établissements de santé en mettant en place ce type de changements organisationnels. Nos résultats contribuent à la littérature sur l'étude du changement organisationnel et plus particulièrement à celle de la perspective des paradoxes.

Dans leur ensemble, les résultats de cette recherche ont permis de raffiner la compréhension du processus d'implantation du projet étudié. Face aux défis qu'ont les établissements de santé à implanter des changements pour optimiser leur offre de service, nos résultats répondent au besoin de mieux comprendre comment ce type de changement se déroule. Tout d'abord, en adoptant l'approche processuelle dans l'étude du changement, nous avons pu distinguer les différentes perceptions des groupes d'acteurs par rapport aux changements implantés. Nous avons pu également comprendre les raisons qui ont conduit à des ajustements au projet pendant son implantation. Nous sommes parvenus à envisager le changement de façon «située», qui consiste à étudier le changement de manière à déceler l'interaction de la nature des changements implantés avec le contexte de l'organisation dans lequel elle s'insère (Langley et Denis 2008).

Ensuite, par l'analyse fine des cycles impliquant des tensions paradoxales et les stratégies de réponse des acteurs, nous avons pu observer la relation entre le changement organisationnel et les tensions paradoxales. D'une part, l'effort de changement entrepris par le service SAT avait pour objectif de gérer une tension inhérente au contexte de l'organisation. D'autre part, la mise en place du projet de changement a conduit à l'apparition pendant l'implantation de tensions ayant influencé la nature des changements initialement planifiés. L'implantation des changements organisationnels est de ce fait un processus de gestion des tensions inhérentes au contexte organisationnel, tel que le suggère Maalouf (2013). Nos résultats rejoignent donc plusieurs études ayant démontré la pertinence d'adopter le cadre d'analyse de la perspective des paradoxes pour l'étude des processus de changement dans les organisations de santé (Beech, 2004; Maalouf, 2013; Gilbert, Bentein, Michaud *et al.* 2014).

Dans ce qui suit, nous présentons plus en détails, les résultats de l'étude qui contribuent à raffiner la compréhension de la perspective des paradoxes.

6.1 Faits saillants de l'analyse

Cette section est organisée autour de trois principaux faits saillants. Nous aborderons dans un premier temps, l'évolution des tensions pendant l'implantation du changement. Cet aspect évolutif sera traité en discutant 1) des types de tensions à différents niveaux d'acteurs dans l'organisation et 2) des moments précis où les tensions sont perçues par les acteurs dans le processus d'implantation du changement. Dans un deuxième temps, nous discuterons de l'écart de perception des stratégies de réponse aux tensions, par différents acteurs dans l'organisation. Enfin, nous aborderons la variation de l'intensité des tensions tout au long du processus d'implantation et le rôle des ressources dans cette variation.

6.1.1 Évolution des tensions pendant l'implantation du changement

L'analyse du cas à l'étude réalisée en combinant une approche processuelle d'analyse du changement à celle des tensions paradoxales nous a permis d'être particulièrement attentifs à l'évolution des actions dans le temps. Cette analyse a permis de mettre en évidence deux éléments susceptibles de préciser conceptuellement la nature évolutive des tensions paradoxales :

- Détermination de tensions à différents niveaux d'acteurs.
- Distinction de deux causes expliquant l'émergence des tensions : soit l'anticipation ou l'expérimentation d'un évènement.

6.1.1.1 Types de tensions paradoxales à différents niveaux d'acteurs dans l'organisation

Nos résultats démontrent que différents types de tensions (*c.-à-d.* d'*organisation*, de *performance*, *identitaire*) peuvent être perçus par des acteurs à différents niveaux, dans l'organisation. Par exemple, nous avons pu déceler une tension d'*organisation* perçue par la direction du SAT lorsqu'elle a fait face à son enjeu d'augmenter la demande de service et maintenir le niveau de la qualité des services rendus. Les équipes cliniques ont aussi perçu une tension d'*organisation* lorsqu'elles ont tenté de réorganiser leur travail, pour accroître l'efficience sans compromettre la qualité perçue comme menacée.

Ce résultat s'écarte de ceux de Jarzabkowski *et al.* (2013) qui ont associé les principales tensions paradoxales (d'*organisation*, de *performance*, *identitaire*) à des niveaux spécifiques. Rappelons ici, que selon Jarzabkowski *et al.* (2013), la tension d'*organisation* serait perçue au niveau de la direction, la tension *identitaire*, au niveau des gestionnaires qui mettent en œuvre les décisions stratégiques et la tension de *performance*, au niveau des équipes sur le terrain. Bien que cette association ait pu

être observée, nos résultats démontrent qu'un type de tension n'est pas exclusif à un niveau d'acteurs dans l'organisation.

En somme, bien que divers types de tensions paradoxales aient été associés à des niveaux spécifiques dans l'organisation (Jarzabkowski *et al.*, 2013; Lüscher et Lewis, 2008), notre analyse a révélé d'autres associations possibles entre les types de tensions et les niveaux d'acteurs.

Cette distinction semble pertinente, particulièrement pour étudier la gestion des tensions paradoxales dans des contextes de changement et dans des environnements pluralistes caractérisés par un niveau élevé d'autonomie des travailleurs dans l'organisation de leur travail.

6.1.1.3 Tensions liées à une anticipation ou à l'expérimentation d'un évènement

Le troisième élément, qui justifie la nature évolutive des tensions, a trait au moment et à la cause des tensions perçues. Rappelons tout d'abord qu'à un niveau individuel, les tensions paradoxales sont des perceptions (Lewis, 2000; Smith et Lewis, 2011). Nos résultats ont permis de constater que des tensions ont émergé, tant avec l'anticipation qu'avec l'expérience elle-même d'un nouveau mode de fonctionnement. En effet, nous avons pu observer que la perception d'une tension pouvait apparaître lorsqu'un acteur anticipe des événements. Par exemple, les AA avaient anticipé leur incapacité de répondre aux exigences de la nouvelle structure d'équipe (*c.-à-d.* une tension *de performance*) avant même que la nouvelle structure soit mise en place. Une perception d'une tension peut également être révélée lorsqu'un acteur expérimente un événement. Ce fut le cas des cliniciens qui ont perçu des tensions (*c.-à-d.* une tension d'*organisation* et une tension *identitaire*) dans la phase de mise en œuvre du projet.

Bien que la perspective des paradoxes ne distingue pas les tensions liées à l'anticipation de celles liées à l'expérimentation, d'autres champs offrent des pistes

pertinentes pour enrichir le cadre d'analyse utilisé par plusieurs auteurs adoptant cette perspective (Beech, Gilmore, Cochrane *et al.*, 2012; Petriglieri, 2011). Par exemple, certaines études portant sur les tensions liées aux identités professionnelles offrent une piste prometteuse. Entre autres, Petriglieri (2011, p. 645) discute des différentes perceptions d'une menace liée à un événement potentiel ou à son expérience. Qu'elle soit négative ou positive, cette évaluation peut être liée à l'anticipation par un individu qu'une expérience soit bénéfique ou menaçante pour son identité. La perception peut être également liée à l'expérimentation d'un événement considéré comme positif ou nuisible pour son identité¹⁶ (Petriglieri, 2011, p. 645).

En somme, l'analyse de nos résultats offre trois précisions à la conceptualisation des tensions/paradoxes pour mieux saisir leur nature évolutive. En effet, nous avons d'abord démontré que les types de tensions paradoxales (*c.-à-d. d'organisation, de performance, identitaire*) peuvent être perçus par des acteurs à différents niveaux dans l'organisation. Nous avons également montré comment les tensions paradoxales émergent tant d'expériences anticipées que vécues.

Ces précisions conceptuelles permettent, selon nous, de mieux comprendre l'évolution et la dynamique des tensions paradoxales, ainsi que les stratégies de réponse élaborées par les acteurs pour y faire face.

6.1.2 Écart de perception des stratégies de réponse

Lors de l'analyse des résultats, nous avons été confrontés à certaines difficultés pour désigner les stratégies déployées pour répondre aux tensions perçues. La désignation des tensions et des stratégies est souvent associée à une première phase d'analyse précédant l'explication. En effet, le cadre d'analyse des paradoxes suggère de découvrir et de comprendre l'évolution des tensions paradoxales (*d'organisation,*

¹⁶“... (1) it is irrelevant for identity, (2) it preserves or benefits identity (benign/positive), (3) it holds potential for identity gain/growth (challenge), (4) it harms identity (harm/loss), and (5) it holds potential for harm to identity...” Petriglieri (2011, p. 645: traduction libre)

identitaire, d'apprentissage et de performance) ainsi que les stratégies déployées : de *synthèse*, de *séparation*, de *confrontation*, etc. (Jarzabkowski *et al.*, 2013; Smith et Lewis, 2011). En analysant les stratégies de réponse aux tensions, nous avons constaté qu'elles étaient perçues différemment d'un acteur à l'autre. Autrement dit, déterminer le type d'une stratégie de réponse est une affirmation non absolue reflétant davantage la perception d'un acteur que sa nature objective. Ajoutons qu'un autre niveau de perception est à considérer, il s'agit de celui du chercheur lui-même.

Dans le cas à l'étude, le projet de changements entrepris par la direction du SAT, pour répondre à ces deux objectifs simultanés d'augmenter le volume des services et de maintenir leur qualité (*c.-à-d.* une stratégie de *synthèse*) a été perçu, par les équipes sur le terrain, comme une stratégie d'*opposition*. En effet, les équipes cliniques percevaient qu'avec les changements planifiés, la qualité des services serait menacée. Autrement dit, alors que la direction du SAT mettait en place un projet de changement pour qu'à la fois, elle puisse augmenter le volume de service et en maintenir la qualité (stratégie de *synthèse*), les cliniciens l'avaient perçu différemment. Dans leur perspective, le projet de changement était plutôt en faveur de l'efficacité (*c.-à-d.* le volume de service), puisque la direction prévoyait réduire des ressources au secteur des approvisionnements.

Ce constat nous permet d'avancer qu'il y a une cohabitation de différentes perceptions qui peuvent évoluer lorsqu'on parle de stratégies de réponses aux tensions perçues. La nature subjective des tensions paradoxales est reconnue. Par exemple, les tensions paradoxales sont définies comme étant des perceptions ou un construit social évolutif (Lewis, 2000). Malgré cette reconnaissance, plusieurs études abordent les stratégies de réponse sans opposer les perceptions différentes d'un même contexte (Jarzabkowski *et al.*, 2013; Jay, 2012; Lüscher et Lewis, 2008). En ce sens, nous rejoignons le constat de Gilbert, Bentein, Michaud *et al.* (2014) qui avaient, dans leur étude, relevé l'existence d'une différence de perception des tensions et des

stratégies de réponse entre des acteurs à différents niveaux de l'organisation. Cette observation rappelle, par ailleurs, la pertinence pour l'étude des tensions paradoxales d'opter pour la notion du « point de vue situé » que Langley et Denis (2008, p. 59) soulignent pour l'analyse de changements dans une organisation.

Ces résultats suggèrent qu'une attention plus grande à l'analyse des processus de collaboration dans la gestion des tensions pourrait permettre de mieux comprendre la cohabitation et l'évolution des tensions et des stratégies visant à les limiter. Cette recommandation est cohérente avec l'affirmation de Jarzabkowski *et al.* (2013, p. 268) qui ont suggéré que des moments de concertation et d'opposition offrent des occasions de reconnaître l'importance que chaque partie accorde à ses buts et ses valeurs. Bien que la nécessité de la collaboration soit reconnue par certains auteurs du champ des paradoxes (Jarzabkowski *et al.*, 2013; Jay, 2012; Lüscher et Lewis, 2008), la conceptualisation qu'ils proposent est limitée pour approfondir cet aspect. La complexité des processus de concertation et d'opposition est toutefois reconnue et documentée dans d'autres champs. Par exemple, dans la littérature traitant de la gestion du changement, certains auteurs se sont intéressés à l'évolution des perceptions qui passe par la légitimation de la transformation et son appropriation par une masse critique (Rondeau, 1999). Dans la même veine, Reay et Hinings (2009) ont démontré que la collaboration est une condition déterminante à la cohabitation des logiques institutionnelles en compétition.

En ce sens, nos résultats mettent en lumière la pertinence d'analyser les tensions à travers l'évolution de perceptions variées et suggèrent que l'approche des paradoxes puisse s'inspirer d'autres champs d'études pour permettre une analyse plus fine des tensions paradoxales, et leur évolution.

6.1.3 Rôle des ressources dans la gestion des tensions

Des auteurs ont confirmé que le manque de ressources peut contribuer à rendre plus saillantes les tensions paradoxales (Smith et Lewis, 2011). En effet, la rareté des

ressources est un des enjeux auxquels font face les organisations tentant d'accroître simultanément le volume et la qualité des services ou encore, d'innover tout en maintenant leur niveau de productivité (Smith et Lewis, 2011).

Dans l'analyse réalisée, la rareté des ressources a effectivement contribué à rendre les tensions plus saillantes. Par exemple, le manque de ressources a été au centre de la tension d'*organisation* perçue initialement par la direction du SAT. En effet, alors que cette dernière faisait face à une augmentation de la demande de service, elle devait y répondre sans ajouter de ressources pour y faire face. La perte de ressources (moins d'effectifs au secteur des approvisionnements) perçue par les cliniciens a aussi été à la source de la perception d'une tension d'*organisation* par ces derniers (nécessité de réorganiser leur travail pour ne pas compromettre la qualité).

Par ailleurs, nous avons constaté que l'enjeu des ressources a persisté tout au long du processus d'implantation. La disponibilité variable des ressources a été au centre de la gestion de la tension initialement perçue par la direction. En effet, bien que la direction souhaitait mettre en place une réponse permettant d'accroître à la fois le volume de service et leur qualité, et ce, sans introduire plus de ressources (*c.-à-d.* une stratégie de *synthèse*), l'implantation du projet de changement initial n'a pas permis d'atteindre cet objectif. Après plusieurs mois d'efforts, les gestionnaires ont dû ajouter des ressources (*c.-à-d.* l'ajout d'un poste à la phase d'ajustement du projet, formation des cliniciens) pour pouvoir atteindre les objectifs poursuivis par l'implantation du projet de changement. En d'autres mots, l'efficience recherchée par la direction s'est butée à l'incapacité de l'équipe du secteur des approvisionnements (composée de trois personnes) à faire le travail précédemment réalisé par quatre personnes, sans compromettre la qualité.

De plus, le rapatriement du secteur des approvisionnements sous l'autorité du SAT est un autre exemple illustrant le rôle des ressources dans la gestion des tensions perçues. En fait, cette décision de la direction visait à augmenter son contrôle sur ce

secteur (une ressource intangible), une étape considérée nécessaire à la mise en place le projet de changement répondant à la tension perçue initialement.

De ce fait, l'intention des acteurs à formuler des stratégies qui intègrent simultanément des objectifs contradictoires ne se matérialise pas toujours. Pour parvenir à l'objectif d'intégrer les objectifs en contradiction, il est parfois nécessaire de concevoir dans la gestion des tensions une itération avec des stratégies défensives (ou moins intégratives des objectifs contradictoires) (Smith et Lewis, 2011). Cette observation est cohérente avec les nuances apportées par Smith et Lewis (2011) sur la perspective d'*acceptation* des paradoxes qui est davantage une vision à long terme, des stratégies défensives devant parfois être envisagées pour ne pas compromettre les pôles en tension (p. ex. : la qualité et la quantité de services).

Nos résultats soulignent l'importance de la disponibilité (ou non) des ressources dans la gestion des tensions paradoxales. En effet, le manque de ressources est plus qu'un contexte favorisant l'émergence des tensions dans les organisations (Smith et Lewis, 2011); les ressources peuvent être une composante déterminante pour analyser l'émergence et la gestion des tensions paradoxales en contexte de changement. Dans d'autres champs d'études, des auteurs ont démontré le rôle déterminant des ressources dans l'implantation d'un changement, tant comme un élément facilitant que contraignant dans la poursuite d'objectifs contradictoires poursuivis par des acteurs ayant des logiques institutionnelles variées (Reay et Hinings, 2009). De ce fait, nous considérons que le cadre d'analyse associé à la perspective des paradoxes gagnerait à intégrer davantage le concept des ressources dans l'étude de la gestion des tensions paradoxales dans les organisations.

CHAPITRE VII

CONCLUSION

L'étude de cas analysée, à la lumière d'un cadre combinant l'analyse du changement à celle des tensions paradoxales a permis de mieux comprendre comment les changements visant l'optimisation s'opèrent dans le contexte des services publics de santé.

Deux raisons nous ont incités à réaliser cette recherche. La première est l'effervescence entourant les démarches d'optimisation empruntées au secteur privé, telle l'approche *Lean* pour répondre aux défis du réseau public de la santé. La seconde est que cette effervescence s'accompagne d'une absence de consensus dans la littérature scientifique sur le potentiel bénéfice de ces démarches et les enjeux d'implantation de celle-ci dans ce contexte.

L'approche processuelle utilisée dans cette étude s'est avérée adéquate pour répondre à notre objectif de recherche. En effet, nos résultats contribuent à mieux saisir l'interaction entre la nature des changements et le contexte propre aux établissements, ainsi que l'évolution de cette interaction pendant l'implantation. L'étude confirme que la compréhension de la dynamique organisationnelle (qui s'opère pendant l'implantation) peut-être mieux comprise à l'aide d'une telle approche.

L'analyse des résultats a également permis trois contributions précisant la perspective des paradoxes. La première a trait à la nature évolutive des tensions paradoxales pendant l'implantation du changement. Nous avons tout d'abord démontré que les types de tensions paradoxales pouvaient être perçus par des acteurs à différents niveaux dans l'organisation. Nous avons ensuite démontré comment les tensions

paradoxales émergent tant d'expériences anticipées que vécues. La deuxième contribution observée concerne un écart possible de perception entre différents acteurs. En effet, des stratégies de réponse élaborées par un groupe d'acteurs ont été perçues différemment par un autre. Finalement, les résultats obtenus ont permis de révéler le rôle crucial des ressources, tant comme facteur rendant plus saillantes des tensions, que comme un moyen utilisé par les acteurs, pour les gérer.

La présente recherche a permis une autre contribution. Le cadre conceptuel utilisé constitue un apport pertinent, puisqu'il intègre deux conceptualisations : une centrée sur l'étude du changement organisationnel et l'autre, traitant de la gestion des tensions paradoxales. En effet, l'approche d'analyse du changement retenue a permis, dans un premier temps, de décomposer le changement étudié en nature, contexte et processus de changement, ce qui a permis d'analyser finement le processus d'implantation du changement en interaction avec le contexte et la nature des changements implantés. Dans un deuxième temps, la perspective des paradoxes a permis de raffiner notre compréhension du processus d'implantation du changement à l'étude. Ensemble, ces deux conceptualisations nous ont permis d'aborder la dynamique du processus d'implantation du changement à travers l'étude des cycles de tensions-réponses.

Sur le plan pratique, il est pertinent de souligner l'originalité de notre cadre d'analyse pour traiter des démarches d'optimisation dans le contexte précis du réseau public de la santé. La compréhension qu'offre notre étude de la dynamique qui émerge tout au long du processus d'implantation de ces démarches est une occasion de souligner et d'approfondir les défis auxquels font face les gestionnaires mettant en œuvre ces changements. De plus, cela a permis de rappeler l'importance de traiter du défi de l'optimisation organisationnelle, sans sous-estimer la complexité liée au caractère pluraliste du contexte et au défi de rareté des ressources dans le réseau public de la santé.

La recherche présente toutefois certaines limites. Outre certains biais traités dans le cadre méthodologique, nous avons relevé deux autres limites à cette étude. La première a trait à la sélection des participants. En effet, dans notre démarche de collecte de données, il a été impossible pour nous de rencontrer tout le personnel ou de choisir de façon aléatoire les participants rencontrés en entrevue. Toutefois, nous considérons que l'impact de cette limite est restreint, puisque l'analyse a révélé des points de vue contrastés et critiques du processus d'implantation du changement à l'étude. Ensuite, l'étude d'un cas unique peut être soulignée. Malgré les bénéfices évidents associés aux études de cas multiples, l'étude de cas unique peut être éclairante (Miles et Huberman, 2003). Nous encourageons, à cet effet, d'autres études à reproduire cette recherche dans de multiples contextes de changement visant l'optimisation.

En somme, le cadre conceptuel élaboré en combinant les différentes facettes du changement aux tensions paradoxales semble prometteur pour l'étude de changements en contexte pluraliste. Malgré leurs limites, nos résultats offrent des contributions permettant de mieux comprendre les enjeux que posent les démarches d'optimisation des services de santé. Une telle étude nous semble des plus pertinentes dans un contexte où la rareté des ressources et la complexité des services appellent à des efforts constants d'optimisation.

ANNEXE A

GRILLE D'ENTREVUE

Informations sur les participants
1- Quel est votre poste ? combien d'années d'expérience avez-vous dans ce poste et dans le service ?
2- Quel est votre rôle / responsabilités au sein du service ?
Nature du changement
3- Quel a été selon vous le déclencheur du projet de changements dans le secteur des approvisionnements?
4- Pouvez-vous me décrire les changements effectués dans le cadre du projet?
a. Quels sont les titres d'emplois qui étaient visés par ces changements ?
b. Les changements étaient de quelle nature ? (changements dans l'OT, répartition des rôles, de pratique clinique, etc.)
5- À ce jour, où en est le projet ?
a. Y a-t-il un écart entre les changements planifiés au départ et les changements effectués?
- Si oui, est-ce que cela touche des aspects non visés par les objectifs initiaux?
- Le cas échéant, est-ce que les objectifs ont été revus pour inclure ces aspects?
b. Est-ce que les changements sont complétés?
Processus
6- Racontez-moi comment le projet a évolué? Quelles ont été les principales étapes?
<i>Pour chaque étape, questionner sur :</i>
a. Durée? Rythme
b. Quel rôle avez-vous joué? (ou votre équipe de travail)
c. Comment était organisée l'implication des différentes équipes de travail au projet, s'il y a lieu ?
7- Quels ont été les moyens / mécanismes / outils mis en place pour soutenir la mise en œuvre (ex. formation, guide pratique, rencontres, comités) ?
8- Quels ont été les obstacles rencontrés pendant la mise en œuvre ? Pourquoi à votre

avis?

- a. Quels impacts sur l'évolution du projet ?
- b. Actions de la direction pour les surmonter?
- c. réactions des équipes cliniques et non cliniques face aux actions de la direction?

9- Lors de l'implantation du projet, avez-vous perçu dans les équipes de travail des craintes, des inquiétudes, ou des oppositions par rapport à ce projet ?

- a. Si oui, quelles sont-elles et comment elles se sont manifestées?
- b. Est-ce que ces inquiétudes ont évolué en cours de projet? Quels ont été les points sur lesquels il y avait divergence ?
- c. Quelles sont les craintes /préoccupations des équipes de travail face au projet
- d. Comment celles-ci ont été gérées?

10- Est-ce que votre perception face au projet a évolué ?

- a. Si oui. Quand, comment et pourquoi ?

Contexte interne et externe

11- À un niveau contextuel, y-a-t-il eu des changements importants ou des événements qui ont eu un impact sur le projet qui a été réalisé au secteur des approvisionnements ?

- a. Au niveau du système de santé (ex. loi, politique, priorité)
- b. Au niveau de l'organisation (ex. structure, contexte de travail)
- c. Au niveau du programme (ex. ressources humaines, dynamique des équipes)

12- Quels ont été éléments facilitants et les éléments contraignants dans la mise en œuvre du projet ?

- a. Leur origine, s'il y a lieu.

13- Considérez-vous que les ressources utilisées par votre organisation étaient appropriées pour mener le projet à terme?

- a. *Exemple : argent, temps, ressources humaines*

ANNEXE B

STRUCTURE DE CODE POUR L'ANALYSE DES DONNÉES

1. Nature du changement	
1.1 Nature des changements planifiés	Description des différents changements prévus et de leur ampleur: postes visés par ces changements, types de changements prévus sur chacun d'eux, acteurs impliqués
1.2 Nature des changements implantés	Description des écarts entre les changements planifiés versus implantés dans le cadre du projet.
1.3 Problèmes visés/ éléments déclencheurs du projet	Les éléments qui ont provoqué le besoin de changer ou qui sont perçus comme tels par les différents acteurs
1.4 Objectifs visés	Objectifs poursuivis par le projet de changement.
2. Contexte du changement	
2.1 <u>Contexte interne</u>	Contexte de l'organisation et du service.
2.1.1 Structure du département	Description de la structure du service
2.1.2 Acteurs	
2.1.2.1 Profil des participants (niveau d'individu)	Informations sur le poste occupé par la personne interviewée, son expérience de travail
2.1.2.2 identités professionnelles (niveau d'individu)	Perception de leur rôle, valeurs professionnelles, perception du rôle des autres (gestionnaires, autre titre d'emploi)
2.1.2.3 Rôle et responsabilité des acteurs impliqués	
2.1.3 Disponibilité des ressources pour le projet	Ressources humaines et financières dédiées au développement et à la mise en œuvre du projet (en quantité suffisante, les ressources appropriées, etc.)
2.2 <u>Contexte externe</u>	Événements ou situations rattachés au niveau régional, provincial, ou autre, susceptibles d'influencer le projet dans le département.
3. Processus de changement	

3.1 Rythme/ durée/ cadence	Tout ce qui fait référence à la variable « temps ». Dans le sens de l'identification du rythme d'implantation, de la durée des différentes étapes du projet.
3.2 Tensions paradoxales	
3.2.1 tensions de performance	Elles sont liées à la perception de recevoir simultanément des demandes contradictoires à exécuter. Cette perception est expérimentée ou anticipées par les acteurs impliqués dans le projet de changement.
3.2.2 tensions d'organisation	Toutes les contradictions qui émergent du processus pour atteindre un résultat souhaité
3.2.3 tensions identitaire	Se rapportent aux différends identitaires qui pourraient se produire entre individus, entre groupes ou encore entre un individu et un groupe. Toute expression d'association ou de dissociation à une identité existante dans le contexte organisationnel pourrait révéler cette tension.
3.2.4 tensions d'apprentissage	Toute décision de se dissocier du passé pour construire le futur ou au contraire le maintien de celui-ci comme une base pour construire l'avenir
3.3 Stratégies de réponses aux tensions paradoxales	Toutes les actions ou réactions qui surgissent suite à la perception d'une tension. Ces actions peuvent faciliter ou entraver l'avancement du projet.
3.3.1 Séparation: temporelle (défensive)	Lorsqu'un acteur traite des deux pôles d'une tension perçue ou expérimentée dans une temporalité différente.
3.3.2 Séparation spatiale (défensive)	Lorsqu'un acteur traite des deux pôles d'une tension perçue ou expérimentée dans un espace différent.
3.3.3 Opposition (défensive)	Lorsqu'un acteur tente d'intégrer les deux pôles de la tension perçue ou expérimentée.
3.3.4 Synthèse (active)	Lorsqu'un acteur est conscient de l'existence des deux pôles, amis choisi de considérer seulement un seul, dans sa stratégie

ANNEXE C

PRÉSENTATION DU CAS À L'ÉTUDE

1- CONTEXTE À L'ÉTUDE

Le service des aides techniques (ci-après SAT) est un service rattaché à l'établissement à l'étude. Composé de près d'une quarantaine d'employés, le SAT emploie une variété de professionnels à vocation clinique : ergothérapeutes, techniciens en positionnement, techniciens en orthèses-prothèses, mécaniciens et des non-cliniciens, portant pour la plupart le titre d'agents administratifs (ci-après AA).

En collaboration avec des agents-payeurs¹⁷ gouvernementaux : RAMQ, SAAQ, CSST, MSSS, la principale fonction de ce service est d'offrir des aides techniques adaptées au besoin de la clientèle, telles que les prothèses, les orthèses, l'achat, l'ajustement et la réparation de fauteuils roulants, en plus des aides à la posture et à la communication. Le SAT dessert de ce fait deux types de clientèle; les patients hospitalisés dans l'établissement auquel le service est rattaché, mais également des usagers externes, provenant de plusieurs régions du Québec.

Bien que rattaché à l'établissement, le SAT jouit d'une autonomie financière. Son fonctionnement pourrait être comparé à celui d'une organisation d'économie sociale, puisque le service vise une certaine marge bénéficiaire, qui est réinvestie pour améliorer les prestations rendues aux usagers. Un transfert administratif est par ailleurs, versé à l'établissement annuellement, en contrepartie des services administratifs dont il bénéficie.

Le SAT est structuré sous deux principaux départements: clinique et administratif. Ce dernier comprend toutes les activités en soutien à la pratique clinique : le secteur des approvisionnements et le secteur administratif.

¹⁷ Ces organismes défrayent la grande partie des coûts du service rendu par le SAT. Les dossiers médicaux sont évalués préalablement, pour établir la couverture de frais couverts. Tout extra de service est assumé par le client ou par une assurance privée.

Le projet à l'étude pour la présente recherche a été réalisé dans le secteur des approvisionnements. Bien que rattaché au SAT, ce secteur a la particularité d'être sous l'autorité formelle du département des approvisionnements, sous la direction administrative et financière de l'établissement. Autrement dit, le département des approvisionnements couvre deux volets d'activités. Le premier sert à approvisionner l'hôpital pour ses besoins fonctionnels : produits médicaux, alimentaires, sanitaires et de papeterie. Le deuxième est rattaché au SAT. Il a pour vocation d'alimenter les ateliers du département clinique en matières premières et en outils, pour fabriquer et réparer les diverses aides techniques, et ce selon les besoins spécifiques des usagers. En termes de volume, le secteur des approvisionnements, qui dessert le SAT, est significativement plus important que celui de l'établissement.

Le secteur des approvisionnements emploie principalement des acheteurs et des magasiniers. Les acheteurs s'occupent principalement du lancement des commandes, de leur suivi. Quant aux magasiniers, ils sont responsables de la réception et de la distribution de marchandises. Bien qu'affectés de façon permanente au SAT, les employés travaillant aux approvisionnements du service des aides techniques SAT relèvent des approvisionnements de l'établissement.

1.1 Émergence du projet (2009-2011)

Le projet de changement à l'étude a émergé suite à l'identification de plusieurs enjeux par la direction SAT. Le premier était lié au développement de la clientèle ambulatoire. Pour résorber l'augmentation de la demande de service, une certaine pression s'exerçait sur les équipes cliniques, afin de réduire les délais de traitement des usagers. Autrement dit, le SAT devait composer avec une demande croissante de service, tout en maintenant la qualité et les coûts d'exploitation.

Le deuxième enjeu était lié à la qualité du service rendu par le secteur des approvisionnements, au SAT. Des cliniciens se plaignaient du service rendu par ce secteur, qui jouait un rôle crucial, alors qu'il se situe en amont de la chaîne de valeur. De leur côté, les chefs de service du SAT éprouvaient également des difficultés liées à l'organisation et la gestion du secteur des approvisionnements. À titre illustratif, le gestionnaire de projet expliquait que la direction du service SAT ne pouvait intervenir pour améliorer le processus de gestion des commandes malgré les erreurs fréquentes, qui retardaient la livraison des produits aux patients. L'organisation de l'horaire était également contraignante pour les chefs de service du SAT. Lors des vacances d'été ou de fin d'années, les équipes cliniques subissaient un ralentissement de service, à cause d'une réduction d'effectifs dans le secteur des approvisionnements, alors que plusieurs membres du personnel du secteur approvisionnement prenaient congé au même moment. Finalement, les insatisfactions exprimées par les cliniciens, clients du secteur approvisionnements, sur la qualité du service rendu étaient difficilement gérables, puisque le processus décisionnel était lent et le service administratif et financier de l'établissement n'en faisait pas sa priorité, selon ce qu'explique un des chefs de service.

L'équipe de terrain avait des insatisfactions qui remontaient tout le temps, mais quand on arrivait pour les adresser; on n'avait pas d'interlocuteurs pour les adresser. Donc je veux dire, l'employé ne relevait pas de nous, donc on ne pouvait pas parler à l'employé. Quand on parlait au patron ou à la personne de qui cette personne-là relevait, ce n'était pas sa priorité parce qu'il avait autre chose. Donc on n'arrivait pas à adresser les problématiques. (Gestionnaire, SAT)

Le fait que le service des approvisionnements soit rattaché aux services financiers et administratifs de l'établissement était donc identifié par les membres de la direction SAT, comme une limite à l'amélioration de l'organisation des services qu'ils souhaitaient dans ce secteur. En effet, selon le témoignage d'un des chefs de service du SAT, l'absence de lien de subordination limitait la direction SAT dans ses actions

pour modifier l'organisation du travail suivant ses besoins réels et à répondre aux problématiques et aux insatisfactions exprimées par les cliniciens.

Déjà en 2009, ces difficultés avaient été identifiées par le directeur du SAT, qui avait émis le souhait, dans son plan d'affaires annuel, de réintégrer le secteur des approvisionnements sous sa responsabilité. Il avait même entamé une réflexion sur l'interchangeabilité des employés SAT (i.e. entre magasiniers et acheteurs), de façon à ce qu'ils puissent se remplacer mutuellement, pour mieux répondre au besoin des ateliers. Ce changement s'était avéré non conforme à la convention collective : deux titres d'emploi différents ne pouvaient pas se remplacer.

À l'automne 2011, une autre réflexion portant sur l'organisation des services d'approvisionnement a été amorcée par le directeur du SAT, alors que le SAT faisait face à l'enjeu du maintien des délais de traitement des usagers, suite à l'augmentation du volume de service. En effet, alors que le service a connu un développement de la clientèle ambulatoire, les durées moyennes de séjour devaient être révisées, pour résorber cette augmentation de la demande. De plus, suite à une consultation dans son équipe, le directeur avait constaté que les problématiques déjà identifiées en 2009 s'étaient accentuées. La principale avait trait à l'incapacité des gestionnaires à répondre aux insatisfactions formulées par les équipes cliniques, par rapport au service rendu par le secteur des approvisionnements. En effet, ce dernier étant sous l'autorité du service des approvisionnements de l'établissement, les gestionnaires du SAT considéraient qu'ils manquaient de contrôle pour gérer adéquatement le secteur : Compte tenu de ces enjeux, le directeur du SAT avait convenu de la nécessité dans un premier temps de rapatrier le secteur des approvisionnements sous l'autorité du SAT pour mettre en place des moyens de contrôle des délais de production et optimiser le secteur des approvisionnements. Le projet partait donc de ces besoins identifiés par l'équipe de direction du SAT.

« C'est-à-dire qu'au départ c'était ça et ça s'est précisé par la suite, une fois que c'était sous notre direction, c'était d'optimiser ; donc voir de quelle manière on pourrait améliorer encore plus étant donné qu'on avait toutes les possibilités. Améliorer nos façons de faire, en lien avec les besoins, les attentes, les requérants de ces services techniques là. » (Gestionnaire du SAT)

Un projet de changement a été ensuite élaboré pour le présenter au comité de direction de l'établissement. Plusieurs pistes de solutions, leurs avantages et désavantages pour le SAT, ont été formulées. Bien que différentes, toutes ciblaient un changement dans la structure du service des approvisionnements, après qu'ait été rapatrié le secteur des approvisionnements au SAT. Le contrôle total de la production était donc considéré essentiel par la direction SAT.

Dans cette solution avancée, le directeur du SAT prévoyait tout d'abord, le rapatriement du secteur des approvisionnements sous l'autorité du SAT. Il était question par la suite, d'abolir les titres d'emploi des magasiniers, pour les remplacer par des agentes administratives (ci-après AA) qui assureraient l'ensemble des tâches inhérentes au secteur des approvisionnements. Éventuellement, celles-ci pourraient également être formées sur l'ensemble du secteur administratif du SAT (i.e. approvisionnements, facturation, accueil). Concrètement, il y avait là, une idée d'uniformisation de tous les titres d'emploi dans les secteurs de soutien à la pratique clinique (i.e. facturation, approvisionnements, accueil). De cette façon, la direction du SAT aurait une meilleure flexibilité dans l'organisation de ses services et pourrait répartir le personnel administratif selon les besoins réels. Le tout, pour garantir une meilleure qualité de service pour les équipes cliniques du SAT.

Selon lui, la proposition de changement convenait en plus, au contexte du changement informatique qui était prévu dans le secteur administratif du SAT. Une démarche de renouvellement de logiciels allait être en effet entamée, suite à des changements imposés par la RAMQ, un des agents payeurs du SAT. Bien qu'imposé, ce changement était nécessaire pour la direction SAT. Il répondait d'une part, aux

nouveaux besoins d'intégration des données avec la RAMQ, un des agents payeurs du SAT. D'autre part, il n'existait plus sur le marché un support après-vente pour l'ancien logiciel de facturation. Ce changement permettait enfin que le SAT puisse s'ajuster au reste de l'établissement en termes de Gestion des Ressources Matérielles (GRM). En effet, GRM était déjà utilisé dans le reste de l'établissement depuis quelques années déjà.

Le directeur prévoyait donc, avec ce renouvellement de logiciel, une augmentation de la productivité dans le secteur des approvisionnements. L'idée d'avoir des AA au lieu des magasiniers, permettrait dès lors de les transférer au besoin, dans le secteur de facturation, là où il y avait un volume considérable de travail. Autrement dit, on prévoyait des temps morts avec la nouvelle structure pour les employés du secteur des approvisionnements.

Tel que présenté, cette solution semblait adéquate pour toute l'équipe de direction :

« Il y a un scénario qui a été présenté, il y a eu des discussions, on pouvait le réaliser. Et logiquement ça fonctionnait. Ça tenait la route; on optimisait encore plus. En termes de..., on avait moins de dépenses au niveau main-d'œuvre, donc logiquement ça tenait la route. C'était difficile de penser que ça ne tenait pas la route, parce que, quand tu ne le vis pas en tant que tel, comme je te disais au départ, il y a toutes les démarches ; comment une commande est faite, comment une réception est faite, comment une requête est faite, ce n'était pas élaboré, ce n'était pas écrit. » (Gestionnaire SAT).

Trois risques avaient toutefois été identifiés avec la mise en place de cette solution: pression supplémentaire sur le chef du service administratif (qui serait également, le chef éventuel du secteur des approvisionnements), un risque de bris de service, dans le secteur des approvisionnements et une possibilité de déclaration de congés de maladies ou des dépôts de griefs, advenant les abolitions de postes des magasiniers.

Pour la planification de cette proposition, le directeur avait prévu un plan en cinq étapes qui s'énuméraient comme suit :

- Valider la faisabilité de la transformation des postes de magasiniers en agents administratifs, classe 1;
- Présenter le document de travail à l'équipe de direction du SAT;
- Présenter la proposition au comité de direction, au directeur des services administratifs et financiers et au chef des approvisionnements de l'établissement;
- S'entendre un échéancier pour le projet dans la direction SAT (en fonction du nouveau logiciel et de la période d'inventaire);
- Voir à la mise en œuvre du projet avec le chargé de projet.

Le directeur du SAT, qui par ailleurs avait assumé entièrement la formulation du projet, avait consigné celui-ci dans la catégorie des projets *lean* qui se déployaient dans l'établissement.

Finalement, le projet de changement et le montage financier afférent ont été présentés au comité de direction de l'établissement. Le projet avait été adopté au comité de direction vers la fin de l'année 2011. Lors de cette réunion, il a été convenu, que la direction SAT aurait l'exclusivité de l'opérationnalisation et la mise en œuvre du projet. Néanmoins, un suivi par comptes rendus devait être communiqué à la direction générale et au CA de l'établissement. Des indicateurs précis sur la performance, pour suivre l'impact de la réorganisation, étaient d'ailleurs élaborés: taux de temps supplémentaire, volume de commandes/ ETC¹⁸ reliés au secteur, valeur des stocks inventoriés, etc.

L'accord des syndicats en place était également requis, puisqu'il s'agissait d'un changement dans le personnel. En comité de relation de travail, la direction SAT avait exposé en présence de la direction RH le projet au syndicat. Ils avaient selon le

¹⁸ « Équivalent de Temps complet » : un indicateur communément utilisé dans le secteur de la santé pour le calcul du déploiement réel de la main d'œuvre.

gestionnaire de projet, accueilli favorablement le changement. En effet, les insatisfactions que vivaient les employés du SAT, par rapport au service rendu par le secteur des approvisionnements avaient eu le même écho auprès d'eux. Ces derniers voyaient donc le projet comme une initiative qui permettrait de régulariser cette situation. Le projet a donc été accepté et une entente a été officiellement signée, en mars 2012, par les parties concernées.

1.2 Planification du projet (automne 2011)

Pour sa mise en œuvre, le projet de changements a été conçu comme un projet pilote. Cette formulation permettait aux gestionnaires d'établir un plan d'optimisation, une fois que la nouvelle structure d'équipe des approvisionnements serait en place.

Concrètement, suite au rapatriement du secteur des approvisionnements, la nouvelle équipe dans le secteur serait constituée. Pour ce faire, il était convenu qu'un transfert de deux acheteuses habituellement employées au secteur des approvisionnements de l'établissement serait effectué. Le troisième poste d'AA serait comblé par un affichage interne. La direction du SAT procéderait ensuite à l'abolition des 2 postes de magasiniers qui reprendraient leurs fonctions au service des approvisionnements de l'établissement. Les trois AA seraient ensuite formées pour faire tous les postes du secteur approvisionnements. Elles seront également formées pour la facturation, afin de constituer une équipe polyvalente avec toutes les AA. Elles se relaieraient selon le besoin, dans tout le secteur administratif. Une fois la structure d'équipe aux approvisionnements mise en place, un travail d'optimisation des espaces de stockage et de standardisation des processus d'approvisionnements serait amorcé.

Puisque le projet s'inscrivait dans la catégorie des projets lean, la direction des ressources humaines conjointement avec la direction générale de l'établissement avaient, en plus, proposé au directeur du SAT une consultante externe en projets *lean*, pour soutenir la planification de l'optimisation des processus qui allait s'opérer avec le projet de changement. Un bureau *lean* existait déjà dans l'établissement, sous la

direction des ressources humaines. Par son biais, le directeur SAT avait fait appel à une consultante externe, pour valider ses besoins en termes d'optimisation juste avant le début de l'implantation du projet. Un diagnostic fut établi et une cartographie des processus pour le secteur a été réalisée. Le résultat de cette consultation confirmait le diagnostic du directeur SAT selon lequel les processus internes pour ce secteur n'étaient pas optimaux. Cette démarche a confirmé à l'équipe de direction, la nécessité d'optimiser le secteur :

« La structure actuelle n'était pas optimale, c'est une des choses qu'on a vu tout de suite avec la cartographie. On disait que la structure ne tenait pas la route, qu'on n'est pas capable de faire notre activité de façon adéquate. Mais c'était, on avait déjà l'idée, on savait qu'il fallait qu'on propose quelque chose. Ça nous a forcé à aller encore plus loin, ça nous a appuyés dans les démarches au niveau des gestionnaires. On était encore plus convaincus que ça ne tenait pas la route. » (Gestionnaire SAT).

À la suite de cette démarche, il a été convenu, que l'opérationnalisation du projet serait sous la responsabilité du gestionnaire de projet (qui est en fonction de façon permanente au SAT). Il travaillerait en étroite collaboration avec les deux chefs du secteur administratif et clinique.

« Ah oui, et c'est après l'analyse et la planification que le projet a été remis à nous, aux chefs intermédiaires... ». (Gestionnaire SAT)

Bien que favorable au projet, le gestionnaire de projet avait exprimé avoir eu une incertitude face à certaines demandes formulées. Il percevait en fait, que la solution avancée par le directeur contenait certaines contradictions :

« En termes de mes ressources tout au long du projet, je dirais que le moment principal c'était lors de la proposition de la structure, oui j'avais senti des demandes, je ne comprenais pas, des demandes un peu contradictoires qui étaient planifiées. » (Gestionnaire de projet, SAT)

Juste avant le début de l'implantation des changements (i.e. avant mai 2012), l'équipe de direction SAT (les 3 gestionnaires et le directeur SAT) avait rencontré l'ensemble des équipes cliniques et non cliniques, pour leur présenter le projet. Présenté comme un projet pilote qui allait durer quelques mois, les changements qui allaient se mettre en place allaient, selon le directeur du SAT, apporter des améliorations à plusieurs niveaux : amélioration du service pour le volet clinique, gain en efficacité et réduction des pertes liées à la gestion de stock et une meilleure organisation du service des approvisionnements, avec une vision intégrée des processus.

Plusieurs personnes présentes à la rencontre avaient exprimé avoir perçu que celle-ci était organisée à titre informatif, puisque le tout semblait déjà planifié par la direction du SAT. Les changements, que la direction SAT voulait mettre en place, étaient par ailleurs perçus comme une volonté d'économiser un salaire par ceux qui allaient constituer la nouvelle équipe dans le secteur des approvisionnements (i.e. les AA). Pour les AA, la direction projetait, avec les changements proposés, une volonté de réduire le nombre de personnes dans l'équipe du secteur des approvisionnements, tout en maintenant le même niveau de productivité dans le secteur.

« ... Je pense qu'ils voulaient faire des coupures de postes, finalement, épargner un salaire... Ils appellent ça de la flexibilité, moi je dirai que c'est plus de la productivité par épargne : tu coupes et tu veux garder la même performance, parce qu'ils coupent des gens et ils veulent faire plus de tâches, donc, c'est ça hein ! Et c'est ça qu'ils nous ont expliqué, mais dans d'autres termes. » (Personnel du secteur des approvisionnements, SAT).

Selon ce qu'ont rapporté plusieurs cliniciens, une perception plutôt mitigée et sceptique du projet était également ressentie auprès des équipes cliniques pendant la rencontre. Plusieurs d'entre eux avaient expliqué craindre une perte de ressources et une coupe dans le service des approvisionnements, avec l'annonce de l'abolition des postes de magasiniers, qui connaissaient bien leur travail :

« On est parti de trois magasiniers à deux adjointes administratives pour les magasins. On avait trois magasiniers avec de l'expérience et là deux adjointes administratives sans expérience » (Clinicien, SAT).

Cette perception différente créait des tensions dans les équipes terrains et une certaine résistance aux changements selon une des AA du secteur des approvisionnements :

« Dès au début, il y avait des tensions, tout le monde résistait à ce changement, parce que dans leur tête c'était encore une fois une coupure de personnel. Puis ils n'avaient pas tout à fait tort. » (Personnel du secteur approvisionnement, SAT).

Selon un des chefs de service au SAT, les cliniciens ne comprenaient pas la véritable problématique qui entravait la gestion dans le secteur des approvisionnements. Celle que le secteur soit sous l'autorité d'un autre service que le SAT. Il fallait selon elle, qu'ils expérimentent les améliorations que le projet allait apporter pour mieux saisir l'intention de la direction.

« C'était vraiment les gestionnaires qui étaient bien placés pour voir qu'il y a des problèmes mais que, quand on veut les régler on ne peut rien faire. Fait que, bien qu'on avait expliqué, je ne pense pas qu'ils le sentaient tant que ça. » (Gestionnaire, SAT)

1.3 Implantation du projet « approvisionnement » (mars-avril 2012)

Vers mars-avril 2012, le projet de changements s'est entamé avec l'affichage d'un poste d'AA à l'interne. Ceci s'est fait en concert avec la DRH, et conformément à ce qui est prévu dans la convention collective. Plusieurs AA dans l'établissement qui étaient éligibles à un poste dans la nouvelle structure proposée en avaient une perception plutôt mitigée. En plus de trouver les exigences irréalistes, la nature des tâches se rapprochaient davantage de celles des magasiniers (i.e. manutention, réception et distribution des produits). De plus, tel qu'expliqué dans l'extrait de verbatim ci-après, les AA soupçonnaient que l'objectif poursuivi par la direction était

surtout de parvenir à optimiser le secteur des approvisionnements, en économisant un salaire (i.e. l'équipe d'approvisionnements passait de 4 à 3 personnes pour assumer toutes les tâches du secteur).

1.3.1 Le rapatriement du secteur des approvisionnements sous le SAT (avril 2012)

En avril 2012, a eu lieu l'officialisation du rapatriement du secteur des approvisionnements sous la direction du SAT. À partir de cette date, le secteur des approvisionnements relevait de la direction du SAT. Il y eut par le fait même, le rapatriement des acheteurs sous le nouveau titre d'emploi d'«agent administratif » et l'abolition du poste de magasinier. Autrement dit, le secteur des approvisionnements au SAT se composait dorénavant de trois AA, chargées d'assumer l'ensemble des tâches du secteur.

1.3.2 Changement du système informatique et implantation de la nouvelle structure d'équipe au secteur approvisionnement (Mars-Mai 2012)

Le changement informatique avait débuté au mois de mars 2012, soit un mois avant le début de l'implantation du projet de changement. Le logiciel dans le secteur des approvisionnements, ainsi que dans le secteur de facturation a été renouvelé.

La nouvelle structure de l'équipe d'approvisionnement a été mise en place, en mai 2012. Trois AA allaient s'occuper dorénavant de tout le processus d'approvisionnement du service SAT. Les 2 magasiniers, qui avaient vu leur poste aboli, étaient restés pour former les nouvelles et soutenir la transition. Leur transfert aux approvisionnements de l'établissement a été planifié pour juillet 2012. Une formation de 3 jours a été par ailleurs offerte aux AA, pour la portion achats/commandes du poste.

Pour mieux illustrer les changements opérés, il faut préciser que physiquement, le secteur des approvisionnements au SAT est composé de deux magasins. Un magasin où sont inventoriées toutes les petites pièces et la majorité des matières premières

nécessaires à la fabrication dans les ateliers. Le deuxième magasin, qui est également le quai de réception des produits commandés, se situe un peu plus loin des ateliers de fabrication.

La configuration de la nouvelle équipe du secteur des approvisionnements s'articulait de telle manière qu'à la tête de chaque magasin, il y avait une AA qui en plus de s'occuper des tâches traditionnellement assumées par les magasiniers, elle avait à assurer tout le volet des achats et de la gestion des approvisionnements. Un bureau adjacent au grand magasin a été aménagé pour la 3^e AA, qui pouvait ainsi remplacer les heures de pauses, et autres absences de la AA au quai de réception. Il était en fait nécessaire qu'il ait une présence continue afin que les livraisons de marchandises puissent être assurées.

Les demandes de la direction en lien avec la nouvelle structure continuaient à être considérées nébuleuses par certaines AA du secteur des approvisionnements. Ces dernières percevaient un manque de clarté dans le rôle qui leur était attribué. Une des AA explique ceci ci-après:

« Lorsque j'ai eu le poste, il n'avait pas plus d'éclaircissement par rapport au poste AA. Ça été longtemps nébuleux, on ne savait pas trop ce qu'ils voulaient faire. (Agente administrative, SAT).

L'expérimentation de leur nouveau rôle s'était d'ailleurs avérée difficile pour l'équipe des approvisionnements, selon une des AA. Celles, qui étaient affectées aux magasins, parvenaient tout juste à accomplir les tâches qui étaient assumées par les magasiniers. Elles n'étaient pas, autrement dit, en mesure d'assumer l'ensemble des tâches exigées par leurs postes. Ce qui confirmait l'appréhension que les AA avaient lorsque les changements avaient été annoncés. Une des AA explique :

« On a fini par comprendre, en l'explorant, tu ne peux être efficace et partout, comme demandé, en faisant la manutention et les commandes et la réception, surtout que

dans notre cas, c'était un nouveau système et avec des gens nouveaux » (Agente administrative, SAT).

« Je voyais que je passais beaucoup de temps au magasin. En tout cas, ce n'était pas ce qui était écrit sur la description de tâches que j'ai trouvée dans la réalité, ce n'était pas très clair... parce que si je me rappelle, dans la description de tâche pour le poste c'est si je me rappelle bien, 70 % de tâches administratives et 30 % manutention et travail de magasin, mais dans la réalité, on se rendait compte quand on était au magasin en arriver que c'était un 100% manuel » (Agente administrative, SAT).

De leur côté, les équipes cliniques devaient s'ajuster aux changements qui se réalisaient dans le secteur des approvisionnements. Certaines demeuraient sceptiques, car elles ne comprenaient pas la vision et l'objectif global de tous ces changements. Plusieurs cliniciens interviewés avaient rapporté que la nouvelle structure d'équipe dans le secteur des approvisionnements semblait détériorer la qualité du service rendu par le secteur. Et que cette détérioration résultait d'une perte de ressources dans le secteur : moins d'effectifs (passés de quatre à trois personnes) et moins d'expérience dans le poste (nouveaux employés), tel que le rapporte un des cliniciens interviewés :

« C'était comme mettre une nouvelle équipe avec un nouveau projet, puis brasser tout ça et il faut que ça explose...on n'avait pas les ressources nécessaires au début, par l'expertise qu'on avait perdue. Donc ça aussi, ils disent qu'elles peuvent faire autre chose, qu'elles vont faire de la facturation au département, mais elles ont un travail, leur travail de 35 heures par semaine est complet » (Clinicien, SAT).

Dès les premières semaines de la mise en place du projet, les cliniciens constataient un ralentissement de service dans le secteur des approvisionnements, ce qui avait un impact sur leur travail. Les ruptures de stock, qui avaient considérablement augmenté dans les magasins ont été par ailleurs l'un des plus gros irritants. L'impact sur le travail des cliniciens était direct. Un aspect abordé par ces deux témoignages :

« Ça, c'était les plus grosses frictions ; quand tu arrives et qu'il n'y a pas le produit. Ça, c'était inconcevable dans notre tête. Point de vue clinique et point de vue

mécanique c'était inconcevable. Le magasin a un produit en inventaire, il devrait toujours l'avoir en inventaire. À moins d'une catastrophe au niveau du manufacturier ou du distributeur, mais nous, si on est capable d'en avoir, il faut en avoir. C'est juste pour ça » (Clinicien, SAT).

« Les ruptures de stock, c'était un irritant majeur... » (Clinicien, SAT).

Bien que les causes des ruptures de stock étaient multiples, les principales étaient liées d'une part, à l'incapacité des AA à répondre à toutes les exigences de leur poste. Ce qui occasionnait de l'accumulation de boîtes de produits commandés par les cliniciens. D'autre part, le renouvellement du système informatique augmentait les responsabilités des AA qui, en plus des tâches habituelles, devaient refaire l'ensemble des codes de produits en inventaire pour les intégrer au nouveau système.

De plus, l'incapacité des AA à accomplir toutes les tâches liées à leur nouveau poste, avait engendré un problème d'accumulation de boîtes de produits sur le quai de réception, au magasin. Une accumulation qui accentuait davantage les ruptures de stock.

La situation avait créé beaucoup de stress et d'inquiétude dans les équipes cliniques. En réaction, les cliniciens exerçaient une certaine pression sur l'équipe du secteur des approvisionnements, pour accélérer la livraison des produits. Ce qui pourrait permettre d'offrir un service qu'ils jugent adéquat pour leurs patients. Certains cliniciens exerçaient également une pression sur le gestionnaire de projet, afin qu'il initie des actions concrètes, pour remédier au ralentissement du service pour les ateliers cliniques. Pour se faire, ils s'assuraient régulièrement de rapporter au gestionnaire de projet, les problématiques qu'ils vivaient dans leur quotidien et tentaient d'avoir des réponses sur les actions qu'il allait entreprendre pour rétablir la situation. Les extraits de verbatim présentés ci-après récapitulent ceci :

« ... parce qu'on nous, on ne peut pas dire aux patients : « ah on s'excuse, on n'a plus de colle pour réparer votre prothèse ». On a l'air de quoi ? » (Clinicien, SAT)

« Bien c'a eu un impact avec quoi on allait travailler. Exemple : s'il y avait une matière première qui n'avait plus, je ne pouvais même pas préparer ou ajuster ma prothèse parce qu'il n'y a plus de fibre de verre. La prothèse est cassée, c'est déjà arrivé, la prothèse du client est craquée, on a besoin de la réparer et il n'y a plus de fibre de verre. Qu'est-ce qu'on fait ? Il n'y a plus de colle pour coller, mais qu'est-ce qu'on fait ? » (Clinicien, SAT)

« Ça nous crée un stress supplémentaire. «Est-ce que demain on va avoir le produit ? » Bien là, il faut en avoir, on poussait beaucoup, donc c'était très stressant pour nous de demander si on pouvait avoir une confirmation que ça allait réellement entrer demain...franchement, j'ai l'impression qu'il y a eu beaucoup de pression sur eux aussi, beaucoup de stress parce que c'est ce genre de problématique-là qui pouvait tout débalancer une organisation au niveau de la productivité. » (Clinicien, SAT).

La situation était chaotique pour l'équipe des approvisionnements. Les AA étaient dépassées par toutes les tâches qu'elles avaient à accomplir dans le service des approvisionnements,

« Je te dirais que c'était le chaos, un changement informatique avec un changement de personnel et de tâches, tout cela en même temps, c'était beaucoup' (Agente administrative, SAT).

« ...on ne pouvait pas être à 12 000 places en même temps, et on était nouvelles, donc, on ne pouvait avoir des réflexes de personnes avec 20 ans d'expérience Et pour nous aux appro, c'était frustrant de faire ce travail, parce qu'on se sentait attaquées de tout bord, les cliniciens, les anciens magasiniers...même si tu veux faire ton possible, il y a une limite. » (Agente administrative, SAT)

« ...quand il y avait quoi que ce soit, on écrivait un courriel au responsable du projet, ou on l'appelait, il nous répondait, s'il n'avait pas la réponse, il vérifiait dans la même journée ou nous rappelait le lendemain parfois» (Clinicien, SAT).

Pour les AA, la pression émanant des cliniciens révélait un manque de collaboration des cliniciens, ce qui accentuait le climat difficile que l'équipe du secteur des approvisionnements vivait.

« C'est comme un peu un contre l'autre, une vision ou eux c'est nos clients et nous, nous on est à leur service » (Agente administrative, SAT).

« Il y avait aussi avec les équipes dans les ateliers, les cliniciens, parce que les gens aux approvisionnements n'étaient des gens pas encore formés, donc il y avait une insatisfaction partout, et en parallèle, pour nous, il fallait balancer tous les inventaires, parce qu'il avait le changement informatique...il y avait un manque de collaboration d'un peu tout le monde... » (Agente administrative, SAT).

Selon plusieurs cliniciens, le gestionnaire de projet était à l'écoute de leurs préoccupations. Il prenait note de tous les commentaires et tentait de répondre au mieux aux questions de tous au fur et à mesure :

« Le chargé de projet aussi, il était pas mal à l'écoute de ce qu'on dit puis peut-être il ne va pas faire tout ce qu'on propose, parce que lui aussi a une autre vision mais quand même il écoutait ce qu'on lui dit... » (Clinicien, SAT)

« Il fallait vraiment qu'il y ait une bonne communication, puis le gestionnaire, chargé du projet nous la donnait quand même » (Clinicien, SAT)

Pour le gestionnaire de projet, il était important d'en apprendre le plus possible sur ce qui se passait sur le terrain et d'essayer d'atténuer les irritants que vivaient les différentes équipes. :

« C'était de prendre des notes et voir, essayer de régler le plus possible les irritants qu'on vivait tous, toujours, tous les jours, au quotidien. Apprendre le plus possible, essayer de mettre tout par écrit, c'est ce que j'ai fait pendant cette période de transition là et dans les mois qui suivaient. C'est comme ça que je le vois, avec le recul » (Gestionnaire de projet, SAT)

Pour atténuer les ruptures de stock, une solution provisoire avait même été mise en place par le gestionnaire de projet. En effet, les cliniciens se devaient d'indiquer sur une feuille sur une fiche conçue par la gestionnaire de projet, le niveau de stock constaté. Ce qui permettait aux AA du secteur des approvisionnements de renouveler le stock des items lorsque leur niveau était trop bas.

1.3.3 Une nouvelle approche de communication (juin 2012)

Plusieurs rencontres avaient eu lieu dans le secteur des approvisionnements, et ce, à différents moments dans le processus d'implantation. Les rencontres en groupe étaient souvent difficiles à coordonner pour le gestionnaire de projet qui voulait éviter de rupture de service, puisque les employés travaillaient à différents endroits et à différents moments. Lorsque possible, ces rencontres se réalisaient en groupes, avec la majorité des employés disponibles, le gestionnaire de projet et le chef administrative. Lorsque certains étaient absents, c'est le gestionnaire de projet qui s'assurait de les rencontrer individuellement, pour avoir leurs commentaires sur le projet.

Lors des rencontres, les discussions portaient principalement sur les insatisfactions et les irritants que vivaient les employés dans ce secteur, tel que le rapporte une des AA:

« Dans les réunions, on parlait, mais tu voyais, qu'ils ne pouvaient pas ni le GP ni la chef administrative nous donner d'éclaircissement, parce que tu voyais que ça se développait au fur et à mesure... » (Agente administrative, SAT).

Par ailleurs, l'ouverture et la disponibilité affichées par le gestionnaire de projet avaient permis à quelques AA de s'impliquer davantage dans l'amélioration de leur service.

Tel que le rapporte une des AA interviewées, le gestionnaire de projet rappelait souvent à l'équipe des approvisionnements que le projet était en construction et appelait à leur collaboration. De son côté, le gestionnaire de projet avait exprimé qu'il était important de son point de vue, de découvrir toute la réalité des approvisionnements et avoir le maximum d'informations de ceux qui vivent les changements. C'est la raison pour laquelle il demeurait à l'écoute des AA qui exprimaient leurs préoccupations.

L'attitude du gestionnaire de projet et son implication dans le développement du projet avaient à, certains égards, atténué les inquiétudes de certaines AA, qui pensaient que des améliorations étaient toujours possibles dans leur secteur :

« On a eu quelques rencontres de secteur et en fait, parfois, formelles, d'autres fois non, on tentait d'avancer malgré tout cela, il fallait rester dans l'optique qu'on était une équipe, qu'on devait travailler ensemble en amélioration et au développement du projet, que ce n'était pas couler dans le béton, et ça le gestionnaire de projet nous l'a dit plusieurs fois, et je pense que ça a aidé, parce que nous on était dedans, et on se disait que n'avais aucun sens, le fait de le présenter comme un projet, on se disait qu'on pouvait changer des choses et donc, on devenait plus ouverts à l'idée. » (Agente administrative, SAT).

1.3.4 Recours à une agence externe en soutien à l'approvisionnement (été 2012)

Pendant la période d'été (juillet 2012), l'équipe aux approvisionnements a été réduite à deux personnes, pour assumer toutes les tâches. En effet, les deux magasiniers, dont les postes étaient abolis, avaient officiellement quitté le SAT. Quant à une des AA, elle partait pour un long congé.

Face à la situation d'incapacité des AA à assumer toutes les tâches, la direction a eu recours à de la main-d'œuvre occasionnelle. Engagé pour une période indéterminée, l'employé externe a été finalement maintenu en poste pour une période de cinq mois. Cette situation est expliquée par un des gestionnaires du SAT :

« On s'est vu de toute façon obligé d'employer de la main-d'œuvre externe pour pouvoir être capable de répondre à la demande » (gestionnaire, SAT).

1.3.5 Changement dans la gestion de la distribution des matières premières dans le magasin (été-automne 2012)

Dans la poursuite des changements qu'avait initiés la direction, un changement dans la distribution des matières premières aux ateliers cliniques a été implanté. En effet, pour une meilleure maîtrise des pertes liées au débalancement des inventaires, et en réponse à la problématique des ruptures de stock, la direction avait établi un plus grand contrôle sur les sorties en magasin des matières inventoriées. Les AA devaient désormais servir les cliniciens et les portes du magasin devaient être fermées en leur

absence, pendant les pauses ou en dehors des heures d'ouvertures du magasin. Ce changement a émergé suite à une concertation sur l'organisation du travail dans le secteur, du gestionnaire de projet et des AA.

Pour mieux illustrer ce changement, il faut préciser qu'avant le début du projet approvisionnements, le magasinier était chargé de servir les cliniciens au magasin. Pendant ses absences (i.e. pendant ses pauses, ou en dehors de ses heures de travail), les cliniciens, pouvaient facilement avoir accès aux matières inventoriées, et ce à n'importe quel moment, puisqu'une clé était à leur disposition près l'atelier. Les cliniciens, qui avaient des heures atypiques pouvaient ainsi se procurer à tout moment la matière dont ils avaient besoin.

Alors que la situation des ruptures de stock était problématique pour les cliniciens, la solution proposée par la direction l'était également. Plusieurs se sentaient contraints de dépendre, dans leur travail, des heures et de la disponibilité de l'AA. Ils considéraient qu'ils n'avaient plus l'autonomie de se procurer la pièce nécessaire et retourner à leurs tâches dans les heures qui leur convenaient. L'insatisfaction des cliniciens face à ce changement était d'autant plus grande, que les AA ne maîtrisaient pas tout à fait le nom de tous les items stockés en magasin, ce qui occasionnait parfois une file d'attente, pour se faire livrer les produits. Certains cliniciens jugeaient qu'il y avait une incohérence, puisque c'était souvent eux-mêmes qui indiquaient à l'AA où se trouvait l'item demandé.

Tel que rapporté dans plusieurs témoignages, l'impact sur le service aux patients avait été, encore une fois, au centre des préoccupations des cliniciens qui voyaient dans ce changement, un ralentissement de service et une perte d'efficacité dans leur travail. En voici quelques-uns :

« Pour moi, je perds du temps, je perds du travail en même temps et le patient n'a pas le 100% de moi à ce moment-là, c'est plus ça que je trouve négligent de notre part » (Clinicien, SAT).

« Avant, on pouvait entrer dans le magasin, chercher et faire notre réquisition. Là, on n'avait plus le droit, il fallait attendre que la personne nous serve. Mais si la personne sert le positionnement, puis l'orthèse-prothèse, si en positionnement il y a quatre personnes qui attendent en orthèse-prothèse ; tu perds du temps. C'est pour ça qu'on entraînait et qu'on se servait, maintenant, on n'a plus le droit de faire ça. C'est des choses qui ont été moins bien vues au départ, c'a été plus difficile à gérer. Il y avait de l'attente et la personne ne savait pas nécessairement où c'était. Toi tu sais, mais ils ne veulent pas que tu entres dans le magasin, parce qu'ils ne veulent pas que tu viennes dans l'environnement donc tu disais : «oui, tasse, la deuxième colonne en haut de tes yeux». C'était du gros gâchis pour peu » (Clinicien, SAT).

« On ne pouvait pas attendre 20 minutes que la personne revienne, ouvre les deux portes et vienne nous servir, c'est un 15 minutes mais ajoutons cinq minutes à ça donc 20 minutes de perdues dans notre travail » (Clinicien, SAT).

1.3.6 Un changement dans la distribution des produits commandés (été-automne 2012)

À l'automne 2012, un autre changement a été mis en place. Il concernait la distribution des produits commandés. Tel que planifié dans le cadre du projet, la direction avait prévu revoir l'organisation des espaces afin d'optimiser les façons d'opérer dans la réception et la distribution des marchandises. En collaboration avec l'équipe des approvisionnements, la direction avait en fait aménagé, au quai de réception, des casiers dans lesquels les AA plaçaient dorénavant les commandes reçues des cliniciens, au lieu des allées et venues plusieurs fois par jour, pour assurer la distribution.

Pour la direction, ce changement avait plusieurs raisons d'être. Premièrement, compte tenu de la nécessité de la présence d'au moins une personne, sur le quai de réception, il n'était plus possible, pour le secteur des approvisionnements, de faire la distribution des produits dans les ateliers (rappelons qu'avant le projet, il y avait 2 magasiniers affectés au grand magasin). De plus, le souci d'efficacité était présent de façon permanente, pour améliorer le processus des approvisionnements.

Comme pour les précédents, ce changement a été mal accueilli par plusieurs cliniciens. Ces derniers, y voyaient, une fois de plus, un impact sur leur travail. Ils considéraient contraignant le fait qu'ils devaient eux-mêmes se déplacer vers le grand

magasin pour récupérer leurs commandes. Cela avait été encore plus difficile pour les cliniciens ayant des patients hospitalisés. Selon eux, l'organisation des RV « éclair » entre les soins n'était plus possible, puisque, à chaque fois, il leur fallait aller chercher le produit commandé nécessaire pour leur patient. Les différents extraits de verbatim présentés témoignent de la réaction de plusieurs cliniciens, par rapport à ce changement.

« L'impact est direct sur notre travail, la job que je pourrais finir à midi, je vais la finir à deux heures parce qu'il faut que j'aille au magasin, faut que je remplisse le plâtre, il faut que je fasse d'autres petites jobs » (Clinicien, SAT).

« Il y a aussi l'impact sur les patients qui s'est ressenti surtout pour mes patients hospitalisés. Quand je sais qu'il faut que j'aille là-bas, j'ai juste 15 min, entre deux soins qu'eux ont. Puisqu'il faudrait que j'aille en plus chercher mes trucs au magasin, parfois je remettais ça, parce que je me disais que je n'aurais jamais le temps. Parce que pour aller au Lindsay, il nous faut un bon 10 min-15min, et en plus je dois faire un détour par le grand magasin, or avant, alors le magasinier nous ramenait nos choses sur nos postes de travail, cela nous facilitait la planification de nos RV. Et de desservir rapidement le patient, dès qu'il a un 15 min dans son programme, on pouvait le prendre » (Clinicien, SAT).

« ...il y a un impact sur mon travail, ben, oui, en réalité si moi je commence quelque chose puis que je ne vais pas voir si je l'ai reçu, tant et aussi longtemps que moi je ne l'ai pas en ma possession, je ne peux pas le donner au patient pour le livrer. Ça retarde » (Clinicien, SAT).

De plus, pour la plupart des cliniciens, ce changement a été considéré comme une détérioration non justifiée du service. Pour eux, la direction, qui avait réduit le nombre d'effectifs dans le service des approvisionnements, ne faisait que leur transférer un travail, supposé être assumé par le service d'approvisionnement. Autrement dit, du point de vue des cliniciens, la distribution des produits fait partie intégrante des responsabilités que les AA du secteur des approvisionnements devaient assumer.

« Ben le but pour la direction avec ce changement, c'est de faire perdre le moins de temps au magasinier pour qu'il puisse commander, facturer, ouvrir des boîtes, faire leur travail plus facilement et rapidement. Mais ça nous a donné une tâche

supplémentaire. Si tu ne gères pas cette tâche comme il le faut, mon travail est mal géré en général » (Clinicien, SAT).

« On fait des choses qu'on n'est pas censés faire. Ils vont couper sur le personnel, tout à l'heure ils vont nous faire facturer les bons de travail. On en fait beaucoup..., ça fait 27 ans que je suis ici, avant ça j'étais payé pour faire de la prothèse, maintenant je vais livrer des marchettes... » (Clinicien, SAT)

Malgré le désaccord, la direction avait toutefois maintenu ce changement. Dans sa perspective, cela s'intégrait dans une vision d'amélioration du processus des approvisionnements, et l'effort demandé aux cliniciens ne pouvait entraver leur travail, tel qu'ils le prétendaient. Cette vision était pourtant peu partagée par la chef des cliniciens, qui ne comprenait pas cette logique d'efficience qui consistait à ce qu'il y ait plusieurs qui se déplacent, au lieu de charger une AA pour assurer la distribution, selon les demandes. Ce désaccord s'était finalement réglé, par ralliement. Comme pour toutes les fois où il y avait eu désaccord, les trois gestionnaires en discutent, mais au final, la décision revenait à celui qui chapeaute le projet.

Selon un des cliniciens interrogés, un autre désaccord avait surgi, cette fois-ci, entre les mécaniciens et les techniciens (ensemble, ils forment les cliniciens du service SAT) dans les ateliers. En fait, les mécaniciens souhaitaient mettre de la pression sur la direction pour résister à tous ces changements imposés. Pour eux, refuser de se rendre au magasin allait augmenter le nombre de plaintes, à cause de la détérioration du service rendu aux patients, ce qui ferait certainement réagir la direction. Cette idée était toutefois rejetée les techniciens qui voulaient éviter qu'il y ait des répercussions sur leurs patients. Ce moyen de pression n'avait jamais été mis à exécution.

Face à l'intransigeance de la direction, les équipes dans les ateliers avaient fini par s'organiser et intégrer cette tâche dans la routine. Un des mécaniciens s'était même porté volontaire, pour aller au magasin récupérer les commandes pour tous. Cette

initiative avait surpris le gestionnaire de projet. Il était d'avis que devant le fait accompli, les cliniciens pouvaient finalement s'organiser.

1.3.7 La communication avec les équipes cliniques tout au long du processus d'implantation

Selon plusieurs équipes cliniques, la communication en lien avec le projet se faisait à titre informatif. Ils recevaient de façon régulière des courriels, annonçant les changements qui se réalisaient, ou ceux à venir dans un court terme.

Les rencontres mensuelles des secteurs (i.e. secteur des orthèses, prothèses, fauteuil roulant et des ergothérapeutes) avec la chef clinique étaient également organisées pour communiquer les informations sur le projet dans le secteur des approvisionnements. Le gestionnaire de projet a été, à ce propos présent quelques fois, pour répondre aux insatisfactions des cliniciens. Selon la chef clinique, les discussions sur le projet étaient récurrentes pendant près d'un an, puisque les cliniciens remettaient le sujet à l'ordre du jour lors de ces mêmes rencontres périodiques.

« Avant, il y a deux ans, quand il y avait un point qui s'appelait approvisionnement dans les réunions de secteurs, je savais que j'en aurais pour une demi-heure à n'entendre parler que de ça et que c'était du linge sale, on nommait toutes les petites affaires qui n'avaient pas bien été » (Gestionnaire, SAT).

Le gestionnaire de projet était conscient du défi lié au volet communication. Plusieurs des cliniciens interviewés jugeaient d'ailleurs, que les communications en lien avec le projet permettaient principalement de les informer des changements réalisés ou prévus dans un délai relativement court. Plusieurs regrettaient le fait qu'il n'y ait pas eu d'information plus globale et complète sur la démarche suivie et sur les intentions du projet. En somme, un réel manque d'implication était ressenti chez les cliniciens, qui percevaient que les changements étaient déjà planifiés et s'imposaient à eux petit à petit.

Après sept mois d'expérimentation du projet, les équipes cliniques continuaient à être insatisfaites des changements qui se mettaient en œuvre. Ayant peu d'informations sur le contenu et les délais des changements qui s'opéraient, ces derniers percevaient le projet comme un continuum d'essai-erreur sur lequel ils étaient très peu consultés. Certains cliniciens avaient le sentiment que les changements étaient sans fin, que les changements s'imposaient à eux sans objectif clair pour le projet dans son ensemble. D'une part, à cause de son impact négatif sur le service aux patients, d'autre part, les cliniciens considéraient que la direction leur transférait des tâches initialement assumées par le secteur des approvisionnements, ce qui était selon eux injustifié.

Dans ce contexte, les différentes équipes étaient, selon certains, fatiguées, démotivées et irritées et commençaient à perdre patience. Il y a eu beaucoup d'insatisfaction et des questions demeuraient sans réponse.

« Bien ça grognait, les gens perdaient patience, étaient moins motivés, fatigués. Ça amenait de la fatigue au niveau des équipes. Puis de la colère... À quelque part, c'est parce qu'il faut que le département fonctionne aussi, ce n'est pas parce qu'on implante quelque chose qu'on arrête tout » (Clinicien, SAT).

« ...On n'a jamais plus vu le début et la fin des différentes étapes, c'était de l'essai/erreur, et nous on devait s'ajuster. Ils nous disaient à chaque fois qu'on devrait être patient, mais on ne voyait pas la fin » (Clinicien, SAT).

« Les changements étaient imposés petit à petit, on n'était pas au courant des changements qu'ils voulaient mettre en place ni des délais. Ils nous rajoutaient des petites tâches et quand les agentes administratives refusaient de faire quelque chose, ils nous demandaient de le faire. Pour nous c'est toujours une petite chose de plus à faire dans notre quotidien. » (Clinicien, SAT).

« Ils nous rajoutaient des petites tâches et quand les agentes administratives refusaient de faire quelque chose, ils nous demandaient de le faire. Pour nous c'est toujours une petite chose de plus à faire dans notre quotidien » (Clinicien, SAT).

« Ils ne finissent pas de nous demander des choses à faire en dehors de ce quoi on est payé, après ça devient un droit acquis pour eux. Puis de l'autre côté, le département des fauteuils roulants, ils cèdent tout le temps, encore une fois, c'est des jeunes qui commencent... et nous, je pense qu'on est fatigués de se battre... » (Clinicien, SAT).

Au niveau de l'équipe des approvisionnements, malgré l'implication de certaines AA dans la formulation de certains changements, les améliorations attendues ne parvenaient pas à assainir le climat de travail qui demeurait difficile. Le gestionnaire de projet soupçonnait les AA d'utiliser comme moyen de pression les absences répétées constatées dans le secteur.

Plusieurs AA considéraient finalement que l'ajout d'un magasinier devenait indispensable. Une demande qu'elles avaient finalement formulée à la direction.

« ... Après l'essai, de 6, 7 mois, on a fait des demandes à la direction pour qu'on ait un homme à temps plein, dans les magasins. Ça peut paraître péjoratif, mais qu'on je dis homme, ça peut être une femme, pour qu'on soit capable de finir les tâches qu'on commençait, parce qu'avant ça, ça ne pouvait être fait, mais c'est jamais fini, parce qu'on était interrompu constamment, donc, on a eu des ajustements comme ça, au fur et à mesure que le projet évoluait. (Agente administrative, SAT).

1.3.8 Une nouvelle direction au projet (décembre 2012- janvier 2013)

Alors que les gestionnaires du SAT constataient que des ajustements au projet étaient nécessaires, le changement de direction au SAT (i.e. le directeur SAT avait été promu ailleurs dans l'établissement) qui était prévu pour le mois janvier (2013), avait été considéré par les chefs intermédiaires comme une opportunité pour proposer une autre voie au projet. Un bilan sur le projet a été finalement réalisé en décembre 2012, en vue de le présenter au nouveau directeur.

Dans ce bilan, les constats étaient comme suit : il était dans un premier temps, difficile d'avoir une équipe complète (à cause notamment d'absences répétées des AA), formée et stable pour plus de 3 semaines dans le service des approvisionnements. Dans un deuxième temps, quoique viable à court terme, la structure de l'équipe des approvisionnements était fragile et peu soutenable à long terme. De plus, les changements avaient engendré beaucoup d'insatisfactions et d'effets négatifs sur les différentes équipes de travail au SAT. Le climat difficile, l'emploi de la main-d'œuvre externe et les AA qui ne se sentaient pas valorisées au magasin étaient autant d'indicateurs qui discréditaient la voie prise. Au final, les

gestionnaires parvenaient à la conclusion que les objectifs du projet pouvaient difficilement être atteints en maintenant la même structure d'équipe aux approvisionnements.

« On l'a vécu tel que planifié, dans le fond l'important c'est de voir ce qui marche et ce qui ne marche pas. Dans le fond, il y avait de l'insatisfaction clairement au niveau de l'équipe qui était en place à ce moment-là. On se voyait de toute façon obligé d'employer de la main-d'œuvre externe pour pouvoir être capable de répondre à la demande, parce qu'en plus on avait toujours des absences-maladies. C'était clairement lié au volet insatisfaction des employés sur le terrain donc on avait des absences, on n'était pas capable de répondre à la demande, c'était plutôt difficile. Et en voyant ça, on a proposé, il y a un nouveau directeur qui était là, on parlait des échos des employés du terrain, on comprenait tout ça. On voyait très bien l'importance d'avoir des magasiniers sur place, il y a un volet manutention aussi qui était soulevé, potentiellement non souhaité, on s'entend c'est trois agentes administratives, c'était non souhaité et non voulu par les agentes ; elles ne voulaient pas faire ce travail-là » (Gestionnaire SAT).

Une nouvelle proposition avait été par ailleurs avancée dans le bilan. Concrètement, les ajustements souhaités par les gestionnaires du SAT ciblaient la modification de la structure et l'organisation de l'équipe des approvisionnements. Ces derniers avaient convenu que de deux magasiniers et deux agentes administratives (au lieu de 3 AA) étaient une structure plus appropriée pour assurer convenablement l'ensemble des tâches liées au secteur des approvisionnements. Pour sa mise en place d'après le gestionnaire de projet, un remaniement de postes suffisait, pour établir la nouvelle structure d'équipe. En effet, le secteur de facturation du SAT avait un besoin en AA et le service des approvisionnements de l'établissement prévoyait une coupure d'effectifs. Le SAT a donc proposé de transférer deux magasiniers sous sa direction, au secteur des approvisionnements et a affecté une des AA du secteur approvisionnement à la facturation.

D'après le gestionnaire de projet, ces changements étaient aux yeux des syndicats et de la direction générale, positifs. Plusieurs choses étaient toutefois à considérer pour la mise en place d'une nouvelle proposition. Il fallait, en effet, voir avec les RH pour l'affichage de postes, consulter le syndicat, refaire les descriptions de postes, etc. De

plus, les absences dans le secteur d'approvisionnements généraient des problèmes dans la gestion du quotidien, ce qui nuisait à l'avancement du dossier.

1.3.9 Changement de direction au SAT (janvier 2013)

En janvier 2013, il y a eu officiellement, le changement de direction au SAT. Dès son entrée en fonction, les gestionnaires lui avaient présenté les ajustements qu'ils voulaient apporter au projet. Conscient de sa méconnaissance du dossier, le nouveau directeur s'est remis, selon ce qu'à rapporté le gestionnaire de projet, au jugement de ces chefs intermédiaires et a appuyé leur proposition. Une fois les vérifications nécessaires effectuées auprès des différentes instances de l'établissement, les gestionnaires du SAT étaient prêts à mettre en œuvre lesdits ajustements.

En quelques jours, le SAT avait procédé au changement de structure dans le secteur des approvisionnements. Deux magasiniers de l'établissement ont donc été transférés vers le SAT. Ils s'occuperaient désormais des tâches liées aux services en magasin. Quant aux agentes administratives, elles avaient à assumer les autres rôles dans le processus d'approvisionnement (achats de produits, gestion des retours, gestion de la relation avec les fournisseurs, etc.). L'une d'elles avait été affectée au secteur de facturation. Dès lors, l'équipe des approvisionnements était composée de deux AA et deux magasiniers.

1.3.10 Premier sondage d'évaluation du projet auprès des cliniciens (mars 2013)

Deux mois après la mise en place de la nouvelle structure d'équipe dans le service des approvisionnements (mars 2013), un premier sondage a été réalisé auprès des cliniciens. Dans un premier temps, le gestionnaire de projet voulait évaluer le niveau de satisfaction relatif à la gestion de stock et de l'espace d'entreposage. Dans un deuxième temps, il souhaitait sonder l'opinion des cliniciens, pour des améliorations éventuelles des activités d'approvisionnements.

Selon le gestionnaire de projet, avec un taux de 50% de participation recueilli, un taux élevé de satisfaction par rapport à la nouvelle structure et au service rendu par le secteur des approvisionnements a été constaté. Néanmoins, des insatisfactions demeuraient encore au niveau de la localisation des produits et des ruptures de stock.

1.3.11 Formation des cliniciens au nouveau système informatique (mai 2013-septembre 2013)

Dans la continuité des changements planifiés, l'initiation des cliniciens au nouveau système informatique GRM était prévue. Bien que planifié, depuis le début du projet, le moment de son déploiement était encore à déterminer. En effet, l'équipe de direction voulait éviter de contrevenir aux activités quotidiennes des ateliers cliniques. Le gestionnaire de projet, en collaboration avec le chef clinique, avait finalement décidé d'offrir cette formation sur un échéancier qui s'étalerait du mois de mai au mois de septembre 2013. L'objectif de cette formation était de permettre aux cliniciens d'utiliser le nouveau logiciel implanté aux approvisionnements, pour passer leurs commandes. Les AA recevraient dès lors les commandes des cliniciens directement par le système, sans passer par un ancien progiciel maison. En effet, avec l'ancien fonctionnement, les AA étaient chaque fois contraintes de reproduire la commande dans le nouveau système.

Le contenu de la formation a par ailleurs été planifié par le gestionnaire du projet et une des AA qui avait une bonne maîtrise du logiciel. Il était prévu que ces derniers dispenseraient également la formation.

À l'annonce de la formation, la direction percevait une certaine résistance, puisque ce nouvel apprentissage venait une fois de plus déranger les routines de travail. Chez les moins habiles avec l'outil informatique l'appréhension était plus grande, selon plusieurs cliniciens rencontrés.

Une première phase de formation a été réalisée à la fin du mois de mai (2013). Pour cette première phase, il était question de former l'équipe des ergothérapeutes, les

chefs d'équipes cliniques et le secteur des fauteuils roulants. Dans la même forme, d'autres séances de formations ont été offertes en septembre 2013. L'ensemble des cliniciens a finalement été formé.

Au final, la majorité des cliniciens semblaient apprécier la formule de la formation et les aide-mémoires produits pour soutenir les apprentissages. La disponibilité du GP pour des questions après les formations avait également atténué la crainte des plus réticents, selon une clinicienne.

1.3.12 Heures d'ouvertures du « petit » magasin (printemps-été 2013)

Dans une optique d'amélioration du service aux ateliers cliniques, les heures d'ouvertures du petit magasin ont été prolongées. Pour sa réalisation, l'équipe de gestion avait proposé un nouvel horaire au service des approvisionnements. L'horaire des magasiniers avait été maintenu : 8-16 h, mais le magasin restait ouvert de 7 h 30 à 16 h 30. Les AA avaient la charge d'assurer l'ouverture et la fermeture de celui-ci, en remplaçant les magasiniers avant leur arrivée et après leur départ. Ce changement avait comme objectif d'augmenter l'accessibilité au magasin pour les cliniciens, dont l'horaire était plus tôt ou plus tard que les heures conventionnelles du magasin.

1.3.13 Deuxième sondage de satisfaction

En septembre 2013, un deuxième sondage a été réalisé auprès des cliniciens. Ces derniers étaient appelés à répondre aux mêmes questions que celles posées lors du premier sondage. Les membres de la direction voulaient ainsi comparer l'appréciation des cliniciens du service aux approvisionnements dans les deux temps. À priori, les résultats étaient positifs, bien que certains irritants demeuraient. Quelques cliniciens avaient une fois de plus mentionné le fait qu'ils devaient se déplacer pour aller chercher leur commande dans le grand magasin.

1.4 Où en est le projet aujourd'hui (fin de la période étudiée)

Aujourd'hui, le projet semble terminé sur plusieurs aspects. En termes des changements qui ont été implantés, l'outil informatique est pratiquement utilisé par tous, la structure de l'équipe des approvisionnements est plus stable et chacun semble avoir pris sa place. Une meilleure gestion des stocks et un meilleur contrôle des retours ont été également constatés par le gestionnaire de projet.

Concernant l'équipe du secteur des approvisionnements, le gestionnaire de projet constate qu'il y a à présent, une équipe plus stable, avec laquelle il y aurait une possibilité de bâtir une vision d'amélioration continue. Une formation « *Kaizen*¹⁹ » sur cet aspect est d'ailleurs au stade de planification. Selon le gestionnaire de projet, sur base des principes lean, *kaizen* permet de consolider les changements réalisés dans le cadre du projet et permet leur intégration aux routines de travail des équipes terrains. Il souhaiterait également que la culture de l'amélioration continue soit ainsi ancrée.

Les changements implantés dans le cadre du projet à l'étude sont également appréciés par les AA. Une d'elles considère même qu'avec les changements réalisés dans le cadre du projet, l'équipe des approvisionnements est plus consciente de son travail et de l'impact de son rôle dans le service SAT. Le chef clinique estime quant à lui que le projet a permis une sorte d'inclusion entre les équipes cliniques et non cliniques.

« Je trouve qu'il a eu un changement avec ce projet qui est important, si ce n'est que le sentiment, un petit peu plus, qu'ils se sentent dans une inclusion en groupe. Le principal changement ne vient pas des équipes cliniques. Ils n'ont pas bien, bien changé, c'est encore le même monde qui est là. Mais c'est vraiment leur perception des approvisionnements qui a changé parce que les approvisionnements ont changé ».

¹⁹ *Kaizen* : outil utilisé dans l'approche *lean*, qui s'associe au concept d'amélioration continue (Dagenais, 2012; Maalouf, 2013)

Les équipes cliniques semblent intégrer de plus en plus les changements dans leurs routines de travail, selon le témoignage de plusieurs d'entre eux. Ils parviennent à mieux apprécier le service rendu par les approvisionnements et considèrent que le service rendu par le secteur des approvisionnements est amélioré.

La plupart des cliniciens rencontrés admettent néanmoins qu'une longue adaptation était nécessaire et que les changements ont semblé interminables pour eux.

De plus, certains cliniciens considèrent que le maintien de ces changements et leur intégration demeure un défi. L'équipe des approvisionnements semble encore fragile, selon eux. Elle dépend encore des personnes qui la constituent. En fait, l'arrivée d'une nouvelle AA, par *supplantation*, est un bon exemple de cette fragilité. Certains cliniciens ont senti son manque de formation et que l'encadrement des nouveaux reste minime. Une crainte demeure donc quant au fait que les personnes bien formées puissent être menées à quitter, que la situation se fragilise de nouveau.

« C'est comme sur une base interminable, je pense que c'est environ deux ans, peut-être trois, c'est vrai qu'on en a parlé longtemps, puis ç'a été long avant que les bons intervenants soient mis en place. Il fallait les bonnes décisions, les bonnes étapes parce qu'on ne peut pas mettre des gens qui n'ont pas de connaissances au-delà puis penser que ça va fonctionner de façon optimale tout de suite ».

Le projet sera officiellement clos en septembre 2014. Il y a actuellement un moment de transition pour la direction SAT, pour assurer la pérennité des changements mis en place. Il y a actuellement un moment de transition, où le gestionnaire de projet passe le relais à la chef administrative. Bien que courante, cette pratique demeure délicate pour les gestionnaires, pour assurer la pérennité des changements mis en place.

ANNEXE D

TABLEAU-SYNTHESE DES TENSIONS PARADOXALES ET STRATEGIES DE REPONSE DES ACTEURS PAR PHASE DU PROJET

PHASE 1: ÉMERGENCE ET PLANIFICATION DU PROJET (AUTOMNE 2011 - PRINTEMPS 2012)				
Qui, quoi (contexte initial)	Tensions paradoxales (avec les 2 pôles)	Stratégies de réponses des acteurs	Contexte final (et initial pour prochaine étape)	
<p><u>Qui</u> : Direction SAT</p> <p><u>Quoi</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Croissance de la clientèle ambulatoire entraîne une pression sur les équipes cliniques pour qu'ils augmentent le volume du service. - Enjeu lié à la qualité du service rendu par le secteur des approvisionnements (cliniciens se plaignent de la lenteur du service et des erreurs fréquentes au secteur des approvisionnements). 	<p>Tension d'<i>organisation</i> Qualité/Quantité (direction SAT)</p> <p>accroître le volume du service offert au SAT. Besoin d'améliorer l'efficacité dans le service, pour maintenir la qualité des services.</p> <p>Pôle 1 : Augmentation de l'offre de service au SAT</p> <p>Pôle 2 : Amélioration de la qualité des services aux patients</p>	<p>Stratégie de <i>Synthèse</i> (direction SAT)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification du besoin d'optimiser le secteur d'approvisionnement - Identification du rapatriement du secteur des approvisionnements comme une solution pour répondre au répondre aux nouveaux besoins du SAT. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réflexion sur l'organisation des services d'approvisionnement amorcée par le directeur du SAT 	

PHASE 1: EMERGENCE ET PLANIFICATION DU PROJET (AUTOMNE 2011 - PRINTEMPS 2012) SUITE...				
Qui, quoi (contexte initial)	Tensions paradoxales (avec les 2 pôles)	Stratégies de réponses des acteurs	Contexte final (et initial pour prochaine étape)	
<p><u>Qui</u> : Directeur SAT</p> <p><u>Quoi</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulation du projet de changement pour gérer les enjeux identifiés (Tension d'<i>organisation</i>) - Identification du besoin d'augmenter le contrôle de la direction SAT sur l'équipe du secteur des approvisionnements comme une condition pour gérer la tension 	<p>Continuité de la tension d'<i>organisation</i> qualité quantité de la direction SAT</p> <p>Tension d'<i>organisation</i> autonomie/contrôle (direction SAT) : Perception d'un besoin d'augmenter son autonomie dans la gestion des RH dans le secteur des approvisionnements</p> <p>Pôle 1 : droit de gérance direction SAT sur l'OT aux approvisionnements.</p> <p>Pôle 2 : autonomie de l'équipe des approvisionnements dans l'organisation du travail.</p>	<p>Stratégie de <i>Synthèse</i> (direction SAT)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'un plan de projet à présenter aux comités directeurs et aux syndicats en place 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de projet finalisé; - Solution retenue : proposer d'abolir les titres d'emploi de magasiniers et les remplacer par des agentes administratives (AA) à la suite du rapatriement du secteur des approvisionnements; - Insertion du projet de changement dans les projets lean déployés dans l'établissement - Présentation du plan de 	

d'organisation qualité-quantité.				projet au comité- directeurs et aux syndicats; - Accord du comité- directeurs et des syndicats
PHASE 1: EMERGENCE ET PLANIFICATION DU PROJET (AUTOMNE 2011 - PRINTEMPS 2012) SUITE				
Qui, quoi (contexte initial)		Tensions paradoxales (avec les 2 pôles)	Stratégies de réponses des acteurs	Contexte final (et initial pour prochaine étape)
<u>Qui</u> : la direction SAT <u>Quoi</u> : - Réalisation d'une rencontre avec l'ensemble des équipes cliniques et non cliniques, pour leur présenter le projet - Présentation du projet de changement	<u>Atténuation de la tension d'organisation</u> <u>qualité quantité de la direction SAT</u> <u>Atténuation maximale de la tension</u> <u>d'organisation autonomie –contrôle pour</u> <u>la direction du SAT</u>	Stratégie de <i>Synthèse</i> (direction SAT) Présentation de la direction le plan de projet a l'ensemble des équipes terrains	- Perception des équipes terrains que la rencontre est à titre informatif (le projet était déjà planifié) - Perception sceptique du projet par les équipes cliniques pendant la rencontre; - Crainte de plusieurs cliniciens d'une perte	

comme un projet en développement qui allait durer quelques mois				de ressources et une coupe dans le service des approvisionnements, avec l'annonce de l'abolition des postes de magasiniers;
PHASE 2: IMPLANTATION DU PROJET DE CHANGEMENT (PRINTEMPS 2012-AUTONNE 2013)				
Qui, quoi (contexte initial)	Tensions paradoxales (avec les 2 pôles)	Stratégies de réponses des acteurs	Contexte final (et initial pour prochaine étape)	
<u>Qui</u> : l'équipe du secteur des approvisionnements <u>Quoi</u> : - Réaction suite à l'affichage du poste d'AA, pour former la nouvelle structure d'équipe dans le secteur des approvisionnements (3 AA)	<u>Continuité de la tension d'organisation</u> <u>qualité quantité de la direction SAT</u> Tension d' <i>exécution</i> anticipée (AA du SAT) Le nouveau rôle AA dans la nouvelle structure d'équipe du secteur des approvisionnements est perçu comme irréaliste par les AA. Pôle 1 : Répondre aux nouvelles			- Implantation de la nouvelle structure d'équipe dans le secteur des approvisionnements

<p>- Perception des AA que la nouvelle structure d'équipe proposée pour le secteur des approvisionnements était irréaliste en pratique</p>	<p>responsabilités du poste avec une équipe de 3 AA Pôle 2 : Maintien du même niveau de service aux cliniciens</p>		
<p>PHASE 2 : IMPLANTATION DU PROJET DE CHANGEMENT (PRINTEMPS 2012-AUTONME 2013) SUITE...</p>			
Qui, quoi (contexte initial)	Tensions paradoxales (avec les 2 pôles)	Stratégies de réponses des acteurs	Contexte final (et initial pour prochaine étape)
<p><u>Qui</u> : les AA du secteur des approvisionnements</p> <p><u>Quoi</u> : Incapacité des AA du secteur des approvisionnements à assumer l'ensemble des tâches exigées par la nouvelle structure d'équipe implantée est</p>	<p><u>Continuité de la tension d'organisation</u> <u>qualité quantité de la direction SAT</u></p> <p><u>Tension d'exécution expérimentée</u> <u>(AA du SAT)</u></p> <p>Le nouveau rôle AA dans la nouvelle structure d'équipe du secteur appro est perçu comme irréaliste par les AA.</p>		<p>- Ajustement des équipes cliniques aux changements qui se réalisaient dans le secteur des approvisionnements.</p> <p>- Constat par les cliniciens d'un ralentissement de service dans le secteur</p>

expérimentée.	<p>Pôle 1 : Répondre aux responsabilités dans leur poste</p> <p>Pôle 2 : Maintien du niveau de service aux cliniciens.</p>		des approvisionnements, ce qui avait un impact sur leur travail, à cause principalement des ruptures de stock + accumulation des boîtes	<ul style="list-style-type: none"> - au quai de réception.
PHASE 2 : IMPLANTATION DU PROJET DE CHANGEMENT (PRINTEMPS 2012-AUTONME 2013) SUITE....				
Qui, quoi (contexte initial)	Tensions paradoxales (avec les 2 pôles)	Stratégies de réponses des acteurs	Contexte final (et initial pour prochaine étape)	
<p><u>Qui</u> : les cliniciens du SAT</p> <p><u>Quoi</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perception de plusieurs cliniciens de l'impact des changements sur la qualité des services offerts aux patients. 	<p><u>Continuité de la tension d'organisation</u> <u>qualité quantité de la direction SAT</u></p> <p><u>Continuité de la tension d'exécution</u> <u>expérimentée</u> <u>AA du SAT</u></p> <p>Tension d'organisation qualité/quantité (cliniciens du SAT)</p> <p>Perception d'une obligation de s'organiser autrement dans leur travail, afin d'atténuer l'impact des changements sur la qualité des</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Pression exercée par les cliniciens sur l'équipe des approvisionnements, pour offrir un service adéquat - Pression également exercée sur le gestionnaire de projet. Plusieurs se déplaçaient 	

<ul style="list-style-type: none"> - Perception de plusieurs cliniciens d'un écart avec la direction, sur la valeur accordée à la qualité de service - Perception des cliniciens d'un besoin de se réorganiser dans leur travail, pour atténuer l'impact des changements sur le service aux patients 	<p>services, perçus, détériorée.</p> <p>Pôle 1 : maintenir le même volume de service.</p> <p>Pôle 2 : organiser le travail autrement pour maintenir la qualité au même niveau.</p> <p><i>Tension identitaire</i> (cliniciens du SAT)</p> <p>Écart de perception avec la direction du SAT quant au niveau de qualité à maintenir pour le service aux patients</p> <p>Pôle 1 : perception du niveau adéquat de la qualité des services</p> <p>Pôle 2 : Perception de la direction du SAT du niveau de qualité adéquat des services.</p>		<p>dans son bureau pour lui rapporter les problématiques qu'ils vivaient dans leur quotidien et tentaient d'avoir des réponses sur les actions qu'il allait entreprendre pour rétablir la situation.</p>
PHASE 2: IMPLANTATION DU PROJET DE CHANGEMENT (PRINTEMPS 2012-AUTONME 2013) SUITE...			
Qui, quoi (contexte initial)	Tensions paradoxales (avec les 2 pôles)	Stratégies de réponses des acteurs	Contexte final (et initial pour prochaine étape)
Qui : les cliniciens du SAT	<u>Accentuation</u> de la tension d' <i>organisation</i> qualité quantité de la direction SAT	Stratégie de <i>synthèse</i>	- Ouverture du gestionnaire de projet

<u>Quoi :</u> - Réaction des cliniciens à la détérioration perçue des services offerts par le secteur des approvisionnement - Tentative des cliniciens de s'organiser autrement dans leur travail, pour maintenir la qualité des services aux patients.	<u>Accentuation</u> de la tension d' <i>exécution</i> expérimentée AA du SAT <u>Continuité</u> de la tension d' <i>organisation</i> qualité quantité perçue par les cliniciens <u>Continuité</u> de la tension <i>identitaire</i> perçue par les cliniciens	(Cliniciens SAT) Tentative de réorganisation des cliniciens dans leur travail, pour atténuer l'impact perçu des changements, sur le service aux patients.	face aux réactions des équipes cliniques - Volonté du gestionnaire de projet d'impliquer davantage les AA dans le projet changements
PHASE 2: IMPLANTATION DU PROJET DE CHANGEMENT (PRINTEMPS 2012-AUTONNE 2013) SUITE...			
Qui, quoi (contexte initial)	Tensions paradoxales (avec les 2 pôles)	Stratégies de réponses des acteurs	Contexte final (et initial pour prochaine étape)
<u>Qui :</u> direction SAT <u>Quoi :</u>	<u>Accentuation</u> de la tension d' <i>organisation</i> qualité quantité de la <i>direction SAT</i>	Stratégie de <i>synthèse</i> de	Mise en place par la

<ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle approche de communication avec les AA pour mieux saisir leurs difficultés dans leur rôle - Formulation et planification, en collaboration avec les AA, de deux changements dans la distribution des produits. 	<p><u>Accentuation de la tension d'exécution expérimentée AA du SAT</u></p> <p><u>Continuité de la tension d'organisation</u> qualité perçue par les cliniciens</p> <p><u>Continuité de la tension identitaire</u> perçue par les cliniciens</p>	<p>initée par le gestionnaire de projet pour gérer la tension perçue par les AA du secteur des approvisionnements.</p> <p>Apporter des changements dans le secteur des approvisionnements, qui puissent aider les AA à pouvoir assumer leur rôle sans contrevenir à la qualité du service aux cliniciens,</p>	<p>direction des deux changements dans la distribution des produits commandés et des matières premières.</p>
<p>PHASE2 : IMPLANTATION DU PROJET DE CHANGEMENT (PRINTEMPS 2012-AUTONME 2013) SUITE...</p>			
<p>Qui, quoi (contexte initial)</p>	<p>Tensions paradoxales (avec les 2 pôles)</p>	<p>Stratégies de réponses des acteurs</p>	<p>Contexte final (et initial pour prochaine étape)</p>

<p><u>Qui</u> : cliniciens SAT</p> <p><u>Quoi</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perception par les cliniciens que les changements les contraignent dans leur travail - Perception par les cliniciens que les changements sont davantage une coupe dans le service rendu par le secteur des approvisionnements. <p><u>Qui</u> : AA du SAT</p> <p><u>Quoi</u> : Malgré les changements, les AA demeurent dans l'incapacité d'assumer les tâches liées à leur rôle.</p>	<p><u>Atténuation de la tension d'organisation</u> <u>qualité quantité de la direction SAT</u></p> <p><u>Atténuation de la tension d'exécution</u> <u>expérimentée par les AA du SAT</u></p> <p><u>Accentuation de la tension d'organisation</u> <u>qualité quantité perçue par les cliniciens</u></p> <p><u>Accentuation de la tension identitaire</u> <u>perçue par les cliniciens</u></p>	<p>Réflexion de la direction sur les changements jusque-là réalisés.</p> <p>Réalisation d'un bilan pour dresser un portrait de l'impact des changements jusque-là implantés.</p> <p>A permis de confirmer les tensions exprimées par les différentes équipes terrains et d'identifier les causes.</p>
<p>PHASE 3 : ÉVALUATION ET AJUSTEMENT DU PROJET (AUTOMNE 2013-HIVER 2014)</p>		

Qui, quoi (contexte initial)	Tensions paradoxales (avec les 2 pôles)	Stratégies de réponses des acteurs	Contexte final (et initial pour prochaine étape)
<p>Oui : direction SAT</p> <p>Quoi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le bilan de mi-implantation fait réaliser les limites du contrôle de la direction permettant une coordination optimale, dans le secteur des approvisionnements du SAT. 	<p><u>Continuité de la tension d'organisation</u> <u>qualité quantité de la direction SAT</u></p> <p><u>Continuité de la tension d'exécution</u> <u>expérimentée</u> <u>AA du SAT</u></p> <p><u>Continuité de la tension d'organisation</u> <u>qualité quantité perçue par les cliniciens</u></p> <p><u>Continuité de la tension identitaire perçue</u> <u>par les cliniciens</u></p> <p>Tension d'organisation autonomie/contrôle (direction SAT) : Perception de la direction SAT d'un besoin d'augmenter son autonomie dans la gestion des RH dans le secteur des approvisionnements</p> <p>Pôle 1 : droit de gérance direction SAT sur l'organisation du travail au secteur des approvisionnements.</p> <p>Pôle 2 : incapacité des AA du secteur des</p>	<p>Stratégie de <i>Synthèse</i> (direction SAT)</p> <p>Réflexion sur les ajustements à apporter au projet, pour atteindre les objectifs du changement et atténuer les tensions perçues par les équipes terrains.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Décision d'ajustement au projet consistant principalement en l'ajout de ressources pour les équipes terrains. - Nouvelle structure d'équipe dans le secteur des approvisionnements : 2 AA+ 2 magasiniers (au lieu de 3 AA)

	approvisionnement d'assumer leur rôle sans contrevenir à la qualité des services.			
PHASE 3 : ÉVALUATION ET AJUSTEMENT DU PROJET (AUTOMNE 2013-HIVER 2014) SUITE...				
Qui, quoi (contexte initial)	Tensions paradoxales (avec les 2 pôles)	Stratégies de réponses des acteurs	Contexte final (et initial pour prochaine étape)	
<p>Qui : direction SAT</p> <p>Quoi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place des ajustements apportés au projet : nouvelle structure d'équipe au secteur des approvisionnements : 2 AA + 2 magasiniers 	<p><u>Atténuation de la tension d'organisation qualité quantité de la direction SAT</u></p> <p><u>Atténuation de la tension d'organisation autonomie contrôle perçu par la direction.</u></p> <p><u>Atténuation de la tension d'exécution expérimentée</u> <u>AA du SAT</u></p> <p><u>Atténuation de la tension d'organisation qualité quantité perçue par les cliniciens</u></p> <p><u>Atténuation de la tension identitaire perçue par les cliniciens</u></p>			

APPENDICE A

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Montréal, le 3 avril 2014

Madame Nesrine Sedoud
Étudiante à la maîtrise en science de la gestion
6844, rue Chambord
Appartement 5
Montréal (Québec) H2G 3C3

Objet : Émission de votre certificat d'éthique
Notre dossier : CRIR-931-0214

Madame,

Veillez trouver, ci-joint, une copie du certificat d'éthique qui a été décerné pour votre projet de recherche intitulé « Analyse processuelle d'un changement organisationnel : Démarche d'optimisation en contexte professionnel ». Ce certificat, ainsi que les documents approuvés, sont également disponibles sur la plateforme de soumission des projets de recherche.

Accès : <http://ethique.crir.ca/acceschercheur/>

Ce certificat est valable pour un an. Le CÉR demande à être informé de toute modification qui pourrait être apportée au projet de recherche mentionné ci-dessus (Formulaire M à compléter via la plateforme).

De plus, nous vous demandons de contacter la personne suivante afin de l'aviser du début de votre projet de recherche :

APPENDICE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

Formulaire de consentement – Entrevue

Titre de l'étude : analyse d'un changement visant l'optimisation des services de santé : tensions paradoxales et stratégies de réponse

Chercheuse principale personne à contacter si vous avez des questions (avant, pendant et après les entrevues)		
Nesrine Sedoud	Étudiante à la maîtrise recherche (M.Sc.) en science de la gestion	École des sciences de la gestion Université du Québec à Montréal Case postale 8888, succursale Centre-ville Montréal (Québec) H3C 3P8 (514) 688-1375 sedoud.nesrine@courrier.uqam.ca
Directeur de recherche		
Frédéric Gilbert	Professeur, MBA, Ph.D.	Frédéric Gilbert, MBA, Ph.D. Professeur Département d'Organisation et ressources humaines École des sciences de la gestion Université du Québec à Montréal C.P. 8888, succ. Centre-Ville Montréal H3C 3P8 tél. (514) 987-3000, poste 1753

La présente recherche est effectuée dans le cadre d'un projet de recherche de l'École des Sciences de la Gestion de l'UQAM.

Introduction

Dans un contexte où le système de santé est aux prises avec d'importants changements pour répondre à une demande de service en croissance, cette étude vise à fournir des indications utiles quant aux leviers sur lesquels les décideurs peuvent agir pour implanter ces projets, tout en améliorant l'expérience au travail du personnel. Pour la partie de la collecte de données, nous vous sollicitons pour participer à cette recherche, puisque vous êtes directement impliqués ou touchés par le projet à l'étude, communément appelé « projet de changements dans le secteur des approvisionnements » dans votre service.

Veuillez prendre le temps de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous informe du but de cette étude, des procédures, des avantages, des risques et des inconvénients, de même que des personnes à contacter au besoin.

Description du projet :

Cette étude a pour objectifs spécifiques de...

- décrire la nature du projet d'optimisation planifié et réalisé;
- examiner le processus d'implantation en identifiant les différentes tensions organisationnelles entourant l'implantation d'un projet visant l'optimisation;
- suivre l'évolution des tensions organisationnelles identifiées, en lien avec les stratégies de réponses des acteurs impliqués dans le changement.

Pour ce faire, le projet d'approvisionnement est à l'étude dans votre établissement pour lequel la collecte de données s'effectue à l'aide d'entrevues et d'un recueil de documentation.

Nature de la participation et durée de l'étude :

Votre participation consiste à rencontrer le chercheur pour une entrevue de 40 à 60 minutes. Elle se déroulera à votre convenance quant au lieu, à la date et à l'heure du rendez-vous. Cette entrevue portera sur la nature du projet d'approvisionnement, mais surtout sur votre expérience tout au long de son processus d'implantation.

Le partenariat avec votre établissement prévoit des modalités pour soutenir votre participation au projet.

L'entrevue se déroulera donc durant vos heures de travail. Dans l'éventualité où il serait impossible de vous libérer, l'entrevue se déroulera juste avant ou juste après vos heures de travail afin de vous accommoder le plus possible.

Conditions de participation :

- Avoir 18 ans et plus
- Être directement touché ou impliqué dans le projet d'optimisation ciblé par l'étude

Version : 11 février 2014

Approuvé le :

APPROUVÉ PAR LE CÉR
DES ÉTABLISSEMENTS DU CÉR

le 3 avril 2014

- Être dans l'un des groupes cibles :
- Gestionnaires : équipe de direction, chef de projet, chef de programme;
- Professionnels de la santé;
- Employés du service approvisionnement.

Avantages et bénéfices :

En participant à cette recherche, vous contribuerez à améliorer l'état des connaissances sur l'implantation des pratiques d'optimisation au sein des établissements de santé. Les connaissances issues de cette recherche seront utiles aux décideurs dans votre établissement et à d'autres contextes similaires, qui pourront notamment identifier les leviers sur lesquels ils peuvent agir en vue de faciliter l'implantation de ce type de projet.

Inconvénients et risques :

Cette étude ne comporte pas d'inconvénients ni de risques pour l'intégrité des participants de recherche. Le principal désagrément que l'on puisse envisager est lié au temps demandé pour votre participation. Aussi, il est possible que certains individus soient mal à l'aise de participer à une entrevue.

Confidentialité :

Les données et informations recueillies lors de cette entrevue écrite ou enregistrée seront confidentielles et utilisées uniquement à des fins de recherche. Si un enregistreur a été utilisé, votre entrevue enregistrée sera retranscrite et supprimée immédiatement de l'appareil. Il ne sera en aucun cas possible de vous identifier sur l'enregistrement. Vos réponses ne seront pas transmises directement à votre organisation et serviront uniquement de façon anonyme à la rédaction du mémoire de recherche associé à cette recherche, sans possibilité de vous identifier.

De plus, tous les renseignements personnels recueillis à votre sujet au cours de l'étude seront codifiés afin d'assurer leur confidentialité. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne

mandatée par le CÉR des établissements du CRIR, qui adhère à une politique de stricte confidentialité. Ces données seront conservées sous clé au (lieu) par le responsable de l'étude pour une période de 5 ans suivant la fin du projet, après quoi, elles seront détruites. En cas de présentation de résultats de cette recherche ou de publication, rien ne pourra permettre de vous identifier.

Pour toute question sur la confidentialité, n'hésitez pas à communiquer avec la chercheuse principale, Nesrine Sedoud.

Participation volontaire et possibilité de retrait :

La participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y contribuer en totalité ou en partie. Dans le cas où vous acceptez, vous êtes également libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation, et ce, sans explication. Vous avez également le droit de ne pas répondre à certaines questions. Votre retrait n'entraînera aucune forme de pression de la part des chercheurs, ni aucun préjudice dans l'exercice de vos fonctions.

En cas de retrait, les renseignements (données personnelles et de recherche) qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits et ne seront donc pas utilisés.

Compensation et indemnisation :

Vous ne recevrez pas d'argent ou autre forme de compensation pour votre participation à ce projet de recherche.

Communication des résultats

Une activité de diffusion des résultats est prévue dans l'établissement participant. Aussi, une copie du rapport final, des communications ou des articles pourraient être obtenus sur demande au chercheur.

Pour des questions d'ordre éthique et/ou concernant les droits des participants, contactez l'une ou l'autre des personnes ou instances suivantes :

- Le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal par téléphone Tél.: 514 528-2400, poste 3262 ou par courriel : imondou@santepub-mtl.qc.ca
- Me Amk Nolet, coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du CRIR au (514) 527-4527 poste 2649 ou par courriel à l'adresse suivante: anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca

Clause de responsabilité

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliqués de leurs obligations légales et professionnelles.

Consentement

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions à ma satisfaction et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise.

Nom du participant

Date

Signature du participant

Engagement et signature du chercheur

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, qu'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans aucune conséquence négative. Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

Nom du chercheur du projet de recherche

Date

APPENDICE C

COURRIEL ENVOYÉ AUX PARTICIPANTS : ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

Bonjour,

Dans le cadre de mes études à la maîtrise, la direction SAT a cordialement accepté ma demande de réaliser une étude sur le projet de changement dans le secteur des approvisionnements, qui a lieu dans votre service.

Ce courriel a pour but de vous informer que vous avez été parmi ceux sélectionnés par la direction, pour m'accorder une entrevue, en vue de ma collecte de données. Si vous êtes intéressés à participer à l'étude, je pourrais vous joindre par téléphone, pour qu'on puisse en parler plus longuement. Nous pourrions par la même occasion se fixer un RV pour l'entrevue en question. La participation est évidemment volontaire. Si vous avez un malaise quelconque à participer, je vous prie de m'en informer. Je tiens à mentionner que votre chef de service est informé. L'entrevue se fera sur les lieux de travail, à l'heure qui vous conviendra.

Enfin, je vous joins un résumé de mon projet, si vous êtes intéressés à le lire.

PS : ma démarche est tout à fait confidentielle.

Merci de me confirmer votre intérêt,

Au plaisir de vous rencontrer.

BIBLIOGRAPHIE

- Al-Balushi, S., Sohal, A., Singh, P.J., Al Hajri, A., Al Farsi, Y. et Al Abri, R. (2014). Readiness factors for lean implementation in healthcare settings—A literature review. *Journal of Health Organization and Management*, 28(2), 135-148.
- Albright, B. (2008). Lean and mean. In addition to strengthening the bottom line, process improvement methodologies are improving patient care. *Healthcare informatics: the business magazine for information and communication systems*, 25(6), 40A, 42A, 44A.
- Ayerbe, C. et Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas : principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrôle Stratégie*, 10 (2), 37-62.
- Beech, N., Burns, H., de Caestecker, L., MacIntosh, R. et MacLean, D. (2004). Paradox as invitation to act in problematic change situations. *Human Relations*, 57(10), 1313-1332.
- Beech, N., Gilmore, C., Cochrane, E. et Greig, G. (2012). Identity work as a response to tensions: A re-narration in opera rehearsals. *Scandinavian Journal of Management*, 28(1), 39-47.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Bryman, A. et Bell, E. (2007). Research designs *Business Research Methods 2e* : Oxford University Press.
- Castonguay, C. (2012). *Santé : l'heure des choix*. : Boréal.
- Castonguay, C., Marcotte, J. et Venne, M. (2008). *Rapport du Groupe de Travail sur le Financement du Système de santé: En avoir pour notre argent*. (Québec, Gouvernement du Québec).

Clavet, N.-J., Duclos, J.-Y., Fortin, B., Marchand, S. et Michaud, P.-C. (2013a). *Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants*. : CIRANO.

Clavet, N.-J., Duclos, J.-Y., Fortin, B., Marchand, S. et Michaud, P.-C. (2013b). Les dépenses en santé du gouvernement du Québec, 2013-2030 : projections et déterminants. *Cahier scientifique CIRANO 2013s-45*

Contandriopoulos, A.-P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? *Gestion*, 27(3), 142-150.

Creswell, J.W. et Miller, D.L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into practice*, 39(3), 124-130.

CvPAC. (2014). *Recension des écrits Lean : Outils de transfert de connaissance*. Récupéré le 8 novembre 2014:<http://liferay.cess-labs.com/web/cvp-amelioration%20continue/accueil.jsessionid=C33C9F36F5409622340E09798A052B9D>

Dagenais, M. (2012). *Analyse exploratoire des impacts et des facteurs de succès de l'implantation de l'approche Lean dans deux centres hospitaliers universitaires québécois*. École Polytechnique de Montréal.

De Souza, L.B. (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services*, 22(2), 121-139.

Demers, C. (2007). *Organizational change theories: A synthesis*. : Sage Publications.

Denis, J.-L., Lamothe, L. et Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809-837.

Denis, J.-L., Langley, A. et Rouleau, L. (2007). Strategizing in pluralistic contexts: Rethinking theoretical frames. *Human Relations*, 60(1), 179-215.

Desmarais, M. (2011). *Déploiement du lean dans les organisations de la santé au Québec : Étalonnage sur les facteurs clés de succès*. (Essai). Université de Sherbrooke. Maîtrise en management public.

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2014). *Ça suffit, laissez-nous soigner*. Récupéré le 2014-09-25 de <http://laisseznoussoigner.org/>

- Fillingham, D. (2007). Can lean save lives? *Leadership in Health Services*, 20(4), 231-241.
- Finance-Québec. (2010). *Vers un système de santé plus performant et mieux financé*. : Gouvernement du Québec.
- Finance-Québec. (2014). *Budget 2014-2015 : Le défi des finances publiques du Québec*. : Gouvernement du Québec.
- Fortin, P., Gagné, R., Godbout, L. et Montmarquette, C. (2009). *Des services publics étendus, une marge de manoeuvre étroite, de nouveaux défis à relever*. (1).
- Gamelin, O. (2014). *Surcharge de travail dans le milieu de la santé : les soins ne sont pas toujours sécuritaires*. La Presse.
- Gilbert, F., Bentein, K., Michaud, V., Dubois, C.-H. et Bédard, J.L. (2014). *Managing change in pluralistic contexts: displacement and transformation of paradoxical tensions*. European Group for Organisationnal Studies.
- Grout, J.R. et Toussaint, J.S. (2010). Mistake-proofing healthcare: Why stopping processes may be a good start. *Business Horizons*, 53(2), 149-156.
- Hinings, C., Brown, J.L. et Greenwood, R. (1991). Change in an autonomous professional organization. *Journal of Management Studies*, 28(4), 375-393.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public administration*, 69(1), 3-19.
- Jarzabkowski, P., Lê, J.K. et Van de Ven, A.H. (2013). Responding to competing strategic demands: How organizing, belonging, and performing paradoxes coevolve. *Strategic Organization*, 11(3), 245-280.
- Jay, J. (2012). Navigating paradox as a mechanism of change and innovation in hybrid organizations. *Academy of Management Journal*, AMJ. 2010.0772.
- Joosten, T., Bongers, I. et Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: issues and observations. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 341-347.
- Kim, C.S., Spahlinger, D.A., Kin, J.M. et Billi, J.E. (2006). Lean health care: What can hospitals learn from a world-class automaker? *Journal of Hospital Medicine*, 1(3), 191-199.

- Kuipers, B.S., Higgs, M., Kickert, W., Tummers, L., Grandia, J. et Voet, J. (2013). The management of change in public organizations: A literature review. *Public Administration*
- L'écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu *Les méthodes de la recherche qualitative* (p. 49-65) : Presses de l'Université du Québec.
- Langley, A. et Denis, J.-L. (2008). Les dimensions négligées du changement organisationnel *Changement et développement organisationnel : faire évoluer la pratique* (p. 56-85). HEC Montréal : Revue Gestion 2012.
- Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management Review*, 24(4), 691-710.
- Lévesque, B. (2013). La nouvelle valeur publique, une alternative à la nouvelle gestion publique, 4, 1-13.
- Lewis, M.W. (2000). Exploring paradox: Toward a more comprehensive guide. *Academy of Management Review*, 25(4), 760-776.
- Lewis, M.W. et Smith, W.K. (2014). Paradox as a Metatheoretical Perspective: Sharpening the Focus and Widening the Scope. *The Journal of Applied Behavioral Science*.
- Liker, J.K. (2009). *Le modèle Toyota : 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise*. : Pearson Education France.
- Limoges, K. (2014). 80 339 heures de temps supplémentaire en un an Récupéré le 20 septembre 2014 de http://www.larevue.qc.ca/actualites_80-339-heures-temps-supplementaire-en-un-an-n29869.php
- Lüscher, L.S. et Lewis, M.W. (2008). Organizational change and managerial sensemaking: Working through paradox. *Academy of Management Journal*, 51(2), 221-240.
- Maalouf, M. (2013). *Sustaining Lean: Strategies for dealing with organizational paradoxes*. : Copenhagen Business School, Department of Operations Management.
- Michaud, V. (2011). Médiation des tensions dans une coopérative de solidarité : Des chiffres et des lettres.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. : De Boeck Supérieur.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Mission*. Récupéré de <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/mission.php>
- Ministère des Finances. (2011). Budget 2010-2011 *Tourner vers l'avenir*. : Gouvernement du Québec
- Noiseux, S. (2010). Le devis de recherche qualitative *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (p. 267-287).
- Paquin, S., Bernier, L. et Lachapelle, G. (2011). Le NPM ou le nouveau management public. Dans Montréal, (dir.), *L'analyse des politiques publiques* (p. 229-254).
- Parker, S.K. (2003). Longitudinal effects of lean production on employee outcomes and the mediating role of work characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 88(4), 620.
- Petriglieri, J.L. (2011). Under threat: Responses to and the consequences of threats to individuals' identities. *Academy of Management Review*, 36(4), 641-662.
- Pettigrew, A.M. (1997). What is a processual analysis? *Scandinavian Journal of Management*, 13(4), 337-348.
- Pettigrew, A.M., Woodman, R.W. et Cameron, K.S. (2001). Studying organizational change and development: Challenges for future research. *Academy of Management Journal*, 44(4), 697-713.
- Poole, M.S. (2004). Central issues in the study of change and innovation. Dans Oxford University Press, (dir.), *Handbook of organizational change and innovation* (p. 3-31).
- Reay, T. et Hinings, C.R. (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization Studies*, 30(6), 629-652.
- Rondeau, A. (1999). Transformer l'organisation. Vers un modèle de mise en œuvre. *HEC Montréal : Revue Gestion*, 24, 148-157.
- Royer, I. et Zarlowski, P. (2007). Échantillon. *Méthodes de recherche en management*
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, 4, 293-316.

- Seo, M., Putnam, L.L. et Bartunek, J.M. (2004). Dualities and tensions of planned organizational change *Handbook of organizational change and innovation* (p. 73-107) : Oxford University Press.
- Shields, M. et Wilkins, K. (2005). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier*. Santé Canada: Récupéré de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/nurs-infirm/2005-nurse-infirm/index-fra.php>.
- Smith, W.K. et Lewis, M.W. (2011). Toward a theory of paradox: A dynamic equilibrium model of organizing. *Academy of Management Review*, 36(2), 381-403.
- Spear, S.J. (2005). Fixing health care from the inside, today. *Harvard Business Review*, 83(9), 78.
- Stoltzfus, K., Stohl, C. et Seibold, D.R. (2011). Managing organizational change: paradoxical problems, solutions, and consequences. *Journal of Organizational Change Management*, 24(3), 349-367.
- Valeyre, A. (2006). *Conditions de travail et santé au travail des salariés de l'Union Européenne : des situations contrastées selon les formes d'organisation*. : Centre d'études de l'emploi.
- Van de Ven, A.H et Poole, M.S (2004). Handbook of organizational change and innovation.
- Van de Ven, A.H. et Poole, M.S. (1995). Explaining development and change in organizations. *Academy of Management Review*, 20(3), 510-540.
- Waring, J.J. et Bishop, S. (2010). Lean healthcare: rhetoric, ritual and resistance. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1332-1340.
- Weick, K.E. et Quinn, R.E. (1999). Organizational change and development. *Annual Review of Psychology*, 50(1), 361-386.
- Westgaard, R. et Winkel, J. (2011). Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems—A systematic review. *Applied Ergonomics*, 42(2), 261-296.
- Yin, R.K. (2003). *Case study research: Design and methods*. (Vol. 5) : sage.
- Yin, R.K. (2009). *Case study research: Design and methods*. Sage.